

SINTEF A27210 - Åpen

Rapport

Evaluering av Oslo kommunes kriteriesystem

Forfattere

Thomas Halvorsen
Ole Henning Nyhus
Marianne Haraldsvik
Karin Dyrstad
Lars-Erik Borge
Roland Mandal

SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 TrondheimSentralbord: 73593000
Telefaks:ts@sintef.no
www.sintef.no
Foretaksregister:
NO 948 007 029 MVA

Rapport

Evaluering av Oslo kommunes kriteriesystem

EMNEORD:
Kriteriesystem
Oslo kommune
Funksjonsområde
Budsjettfordeling**VERSJON**

1

DATO

2015-10-05

FORFATTERE

Thomas Halvorsen, Ole Henning Nyhus, Marianne Haraldsvik, Karin Dyrstad, Lars-Erik Borge og Roland Mandal

OPPDRAGSGIVER

Oslo kommune

OPPDRAGSGIVERS REF.

Monica Lund

PROSJEKTNR

102005254

ANTALL SIDER, INKL. VEDLEGG

102

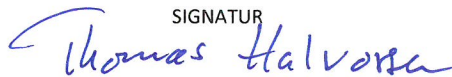
SAMMENDRAG

Hovedformålet med denne rapporten er å evaluere Oslos kriteriesystem for budsjettfordeling mellom bydelene. Evalueringen består i å vurdere relevansen av eksisterende kriterier og å vurdere nye kriterier som kan inngå i kriteriesystemet. Datamaterialet omfatter individdata på alle innbyggere i Oslo og gir informasjon om deres forbruk av kommunale tjenester og kjennetegn som utløser behovet for tjenester. Analysene viser at kriteriene som inngår i dagens system er relevante i den forstand at de utløser behov for og bruk av tjenester. Dagens kriterier er stort sett statistisk signifikante i individanalysene. I tillegg har vi prøvd ut nye kriterier som fanger opp sykdom, arbeidsledighet, botid i Norge og frafall fra videregående opplæring. Sykdomsvariablene fanger opp større folkehelseproblemer og rus, og analysene viser at flere av disse kan være aktuelle som kriterier. Det samme gjelder for flere av de øvrige kriteriene vi har prøvd ut. Vi har utført noen tentative fordelingsberegninger basert på individanalyser med eksisterende og nye kriterier. Det er betydelig samsvar mellom dagens kostnadsnøkler og kostnadsnøkler basert på våre analyser med hensyn til hvilke bydeler som har beregnet utgiftsbehov under gjennomsnittet (for Oslo) og hvilke bydeler som har beregnet utgiftsbehov over gjennomsnittet. For noen bydeler er det imidlertid relativt store avvik i beregnet utgiftsbehov. Ved å ta hensyn til tjenesteforbruk og hopningseffekter i revideringen av kriteriesystemet kan slike avvik reduseres. For å homogenisere funksjonsområdet FO1 anbefales det at tjenester overføres til andre funksjonsområder.

UTARBEIDET AV

Thomas Halvorsen, prosjektleder

SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

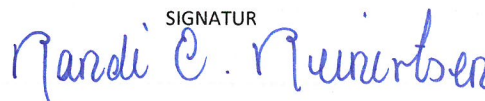
Jorid Kalseth, seniorforsker

SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR

**RAPPORTNR**

SINTEF A27210

ISBN

978-82-14-05978-6

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1		Endelig rapport

Innholdsfortegnelse

Forord	7
1 Innledning	9
2 Hva er kriteriesystemet?.....	10
3 Empiri og metode	12
3.1 Empiri	12
3.2 Metode	14
4 Situasjonsforståelse.....	17
4.1 Demografiske og sosiale forskjeller mellom bydelene	17
4.2 Økonomiske nøkkeltall og tjenesteproduksjon i bydelene	22
4.2.1 FO1 – Helse, sosial og nærmiljø.....	22
4.2.2 FO2B - Oppvekst	23
4.2.3 FO3 – Pleie og omsorg	24
4.2.4 FO4 – Økonomisk sosialhjelp og KVP	26
4.3 Bydelenes utgifter og beregnet utgiftsbehov	27
4.4 Oppsummering	28
5 Bydelenes oppfatning av kriteriesystemet	30
5.1 Valg av case	30
5.2 Hva tar vi med oss i den videre analysen?	31
6 Kvalitet og kvantitet i bydelenes tjenesteproduksjon.....	33
6.1 Produksjonsindeks og kvalitetsindikatorer – Oslo og ASSS	34
6.2 Opplevd kvalitet i bydelene – funn fra casestudien	37
6.3 Oppsummering	38
7 Individanalyser av kommunalt tjenestekonsum	39
7.1 Funksjonsområde 2B Oppvekst	39
7.1.1 Eksisterende kriterier	39
7.1.2 Deskriptiv statistikk på aktuelle kriterier.....	41
7.1.3 Nye kriterier.....	44
7.2 Funksjonsområde 3 Pleie og omsorg	47
7.2.1 Eksisterende kriterier	48
7.2.2 Nye kriterier, yngre og eldre tjenestemottakere	51
7.2.2.1 Befolkningen under 67 år	51
7.2.2.2 Befolkningen over 67 år	56
7.2.3 Nye kriterier, samlet analyse	60
7.3 Funksjonsområde 4 Økonomisk sosialhjelp og KVP	62

7.3.1	Eksisterende kriterier	62
7.3.2	Deskriptiv statistikk for aktuelle kriterier	63
7.3.3	Nye kriterier.....	65
7.4	Funksjonsområde 1 Helse, sosial og nærmiljø.....	66
7.4.1	Eksisterende kriterier	67
7.4.2	Introduksjonsprogrammet	67
7.4.3	Rehabilitering utenfor institusjon	69
7.4.4	Nærmere vurdering av FO1	70
7.5	Oppsummering	71
8	Vekting av kriterier og fordelingsvirkninger	73
9	Oppsummering.....	75
	Referanser	76
	Vedlegg	77
A	Vedlegg til kapittel 3.....	77
A.1	Koding av sykdomsgrupper.....	77
B	Vedlegg til kapittel 5.....	78
B.1	Epost med invitasjon om å delta i casestudie.....	78
B.2	Intervjuguide til intervju med bydelene	79
B.3	Kriteriesystemet som budsjettfordelingsmodell	83
B.4	Funksjonsområde 1: Helse, sosial og nærmiljø	83
B.5	Funksjonsområde 2b: Oppvekst og barnevern.....	84
B.6	Funksjonsområde 3: Pleie og omsorg.....	86
B.7	Funksjonsområde 4: Økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram	88
C	Vedlegg til kapittel 7.....	90
C.1	Definisjon av variabler	90
C.2	Vedlegg til 7.2 FO2b Oppvekst.....	92
C.3	Vedlegg til 7.3 FO4 Pleie og omsorg	95

Figurer

Figur 2.1 Kriteriesystemet oppsummert på bydelsnivå	11
Figur 2.2 Netto budsjettramme for ordinær drift som fordeles til den enkelte bydel	11
Figur 3.1 Bydelsvis fordeling av sykdomsforekomst	14
Figur 4.1 Alderssammensetning 2014, i prosent	18
Figur 4.2 Innvandringsbakgrunn i 2013, i prosent. Grafen til venstre viser andel av innbyggerne som har innvandrerbakgrunn, dvs. enten er første- eller andregenerasjonsinnvandrere. Grafen til høyre angir andelen personer av de med innvandrerbakgrunn som har bakgrunn fra ikke-vestlige land.	19
Figur 4.3 Utdanningsnivå for innbyggere over 16 år, andeler i prosent, 2013	20
Figur 4.4 Alminnelig inntekt i 1000 kroner, alle innbyggere 17 år og over. 2012	21
Figur 4.5 Antall personer med arbeidsavklaringspenger per innbygger 16-66 år, 2013	21
Figur 4.6 Antall personer med grunn og hjelpestønad per innbygger 16-66 år, 2013	21
Figur 4.7 Netto driftsutgifter per innbygger (i 1000 kroner) i 2013	22
Figur 4.8 Dekningsgrad hjelpetiltak i barnevernet i 2011. Andel av populasjon 0 – 22 år.	23
Figur 4.9 Dekningsgrad omsorgstiltak i barnevernet i 2011. Andel av populasjon 0 – 22 år.	24
Figur 4.10 Dekningsgrad hjemmetjenesten for yngre brukere (opp til 66 år) i 2012. Andel av populasjon 0 – 66 år.	25
Figur 4.11 Dekningsgrad hjemmetjenesten for eldre brukere (67 år +) i 2012. Andel av populasjon 67 år og eldre	25
Figur 4.12 Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjenester per uke blant brukere i 2012	26
Figur 4.13 Dekningsgrad økonomisk sosialhjelp i 2012. Andel av populasjon 18 – 66 år.	27
Figur 4.14 Dekningsgrad Kvalifiseringsprogrammet i 2012. Andel av populasjon 18 – 66 år	27
Figur 4.15 Prosentvis avvik mellom bydelenes andel av regnskapsført netto driftsutgift og kriteriesystemets predikerte budsjettandel	28
Figur 6.1 Produksjonsindeks, samplet indeks, Oslo kommune	35
Figur 6.2 Produksjonsindeks på sektornivå, Oslo kommune	35

Tabeller

Tabell 7.1 Dagens kriterier for FO2B med tilhørende vektorer.....	39
Tabell 7.2 Analyser av eksisterende kriterier	40
Tabell 7.3 Botid blant ikke-vestlige innvandrere og barnevernstiltak.....	42
Tabell 7.4 Størrelse på søskenflokk inndelt etter hvert enkelt barns alder og barnevernstjeneste. Utvalget er innbyggere 0-22 år.....	42
Tabell 7.5 Andel i prosent med oppgitt karakteristika for innbyggerne 0-22 år.	43
Tabell 7.6 Regresjonsanalyser av hjelpetiltak og tiltak innenfor funksjon 251, innbyggere 0-22 år, 2010-2011.....	45
Tabell 7.7 Regresjonsanalyser av omsorgstiltak og tiltak innenfor funksjon 252, innbyggere 0-22 år. Årene 2010 og 2011.	47
Tabell 7.8 Dagens kriterier for FO3 med tilhørende vektorer	48
Tabell 7.9 Analyse av dagens kriterier på samlet etterspørsel etter tjenester innenfor FO3	50
Tabell 7.10 Uførhet, hjelpestønadbehov og dødelighet etter aldersgrupper og behov for tjenester innenfor FO3	52
Tabell 7.11 Kombinasjoner av kjennetegn etter alder og hvordan kjennetegnet fordeler seg blant tjenestemottakere og befolkningen for øvrig.....	53
Tabell 7.12 Regresjonsresultater. Nytt kriteriesett. Befolkning under 67 år.....	54
Tabell 7.13 Regresjonsresultater for befolkningen under 67 år. Nye kriterier hvor også sykdomsforekomst er inkludert	55
Tabell 7.14 Alderssammensetning blant tjenestemottakerne	56
Tabell 7.15 Sammenligning av kjennetegn ved tjenestemottaker og ikke-tjenestemottaker for befolkningen over 67 år.....	57
Tabell 7.16 Regresjonsresultater for modellspesifikasjoner med enpersonshusholdning og enslige for befolkningen over 67 år.....	59
Tabell 7.17 Regresjonsresultater for modellen hvor sykdomsforekomst inkluderes, for befolkningen over 67 år.....	60
Tabell 7.18 Samlet regresjon med nytt kriteriesett for hele befolkningen	61
Tabell 7.19 Kriterier for FO4	62
Tabell 7.20 Analyser av eksisterende kriterier	63
Tabell 7.21 Utdanning, sysselsetting og inntekt blant mottakere og ikke-mottakere av tjenester innenfor FO4 aldersgrupper. Prosentandeler blant ulike aldersgrupper.....	64
Tabell 7.22 Medikamentbruk knyttet til rus og psykiatri mottakere og ikke-mottakere av tjenester innenfor FO4 aldersgrupper. Prosentandeler blant ulike aldersgrupper.....	65
Tabell 7.23 Analyser av eksisterende og mulige nye kriterier	65
Tabell 7.24 Kriterier for FO1	67
Tabell 7.25 Regresjonsanalyse for Introduksjonsprogrammet, eksisterende kriterier	67
Tabell 7.26 Deltakere i Introduksjonsprogrammet fordelt på vestlig og ikke-vestlig landbakgrunn. ...	68
Tabell 7.27 Deltakere i Introduksjonsprogrammet fordelt etter botid.....	68
Tabell 7.28 Regresjonsanalyse for Introduksjonsprogrammet, med botid inkludert.....	69
Tabell 7.29 Regresjonsanalyse for rehabilitering utenfor institusjon, eksisterende kriterier	69
Tabell 7.30 Regresjonsanalyse for rehabilitering utenfor institusjon. Kriterier hentet fra FO3.....	70
Tabell C.1 Analyser av eksisterende kriterier for barnevern hvor utvalget er begrenset til innbyggere mellom 18 og 22 år (ettervern). Årene 2010 og 2011.	92
Tabell C.2 Korrelasjonsmatrise for kriterier som inngår i regresjonsanalysene av FO2B.....	94
Tabell C.3 Regresjonsanalyser av henholdsvis hjelpe- og omsorgstiltak uten sykdomsvariabler. Årene 2010 og 2011.....	95

Forord

Fordeling av budsjett til Oslo kommunes bydeler baseres i stor grad på kriterier. SINTEF Teknologi og samfunn og Senter for økonomisk forskning (SØF) ved NTNU har på oppdrag fra Oslo kommune ved Byrådsavdeling for finans evaluert kriteriesystemet for budsjettfordeling. Evalueringen har vurdert relevansen av eksisterende kriterier og en rekke alternative kriterier med utgangspunkt i populasjonsdata på individnivå.

Den opprinnelige prosjektperioden for dette prosjektet var oktober 2013 til oktober 2014, men det ble tidlig klart at det ville ta lengre tid enn berammet å få på plass de nødvendige konsesjonene for datauttakene. Prosjektet ble i tillegg utvidet til også å inkludere de kommunale barnevernstjenestene, noe som også bidro til at den opprinnelige tidsrammen for prosjektet måtte utvides.

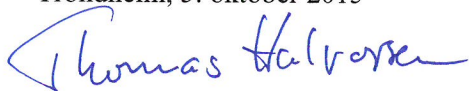
I arbeidet med prosjektet har vi hatt et utstrakt samarbeid med Oslo kommune. Prosjektet har hatt en referansegruppe som har spilt en viktig rolle. De som har vært med i denne er bydelsdirektørene Tove Stien (Østensjø), Tore Olsen Pran (Alna), Jan Olsen Nytveit (Vestre Aker), Heidi Larssen (Grünerløkka), Pål S. Hernæs (fagsjef, Byrådsavdeling for finans), Morten Bildeng (seksjonssjef, Byrådsavdeling for finans), Alf Gunnar Løvstad (spesialrådgiver, Byrådsavdeling for finans), Monica Lund (fagsjef, Byrådsavdeling for finans), Elisabeth Bøe (spesialrådgiver, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester), Jan Oddum (spesialrådgiver, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester), Jan Motzfeldt Dahle (spesialrådgiver, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester), Martin Fjordholm (spesialrådgiver, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester) og Sigbjørn Iversen (fagsjef, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester). Prosjektet ble lagt frem for referansegruppen i starten av prosjektperioden, og vi har også presentert analyseresultat i slutten av prosjektperioden. Vi har tatt med oss flere nyttige innspill i fra disse møtene. Prosjektets referansegruppe har også gitt oss tilbakemeldinger både på et tidlig rapportutkast og et rapportutkast i slutten av prosjektperioden. Vi takker for alle de konstruktive bidragene vi har fått fra referansegruppa.

I prosjektets innledningsfase ble det gjennomført intervju med direktører og andre fra fagstaben i Alna, Frogner, Gamle Oslo, Grorud, Søndre Nordstrand og Vestre Aker. Gjennom disse samtalene har vi lært mye om variasjonene i bydelenes behov og fått en rekke viktige innspill til endringer i dagens kriterier og forslag til nye kriterier. En stor takk til de som stilte opp som informanter.

Martin Fjordholm har i tillegg til å ha sittet i prosjektets referansegruppe også fungert som tilrettelegger for datauttrekket fra Oslo kommunes fagsystem for pleie- og omsorgstjenester. Sammen med Irene Oksdøl ved Fagsystemavdelingen i Helseetaten har han gjort en utmerket jobb i å klarlegge forutsetningene for- og organisere gjennomføringen av dette sentrale datauttrekket.

Til slutt, en spesiell takk til Monica Lund som har vært SINTEFs og SØFs primære kontakt inn mot Oslo kommune i tillegg til å ha sittet i referansegruppa. Hun har raskt og effektivt møtt våre behov for avklaringer, underlagsdokumentasjon og data fra Oslo kommune, og har vært sentral pådriver i arbeidet med å få på plass de nødvendige datakonsesjonene.

Trondheim, 5. oktober 2015



Thomas Halvorsen

Prosjektleder

1 Innledning

Formålet med denne rapporten er å evaluere kriteriesystemet til Oslo kommune. En stor andel av budsjettet til Oslos 15 bydeler fordeles gjennom et kriteriesystem. Dette er en budsjettfordelingsmodell som har eksistert siden 1991, men som har vært gjenstand for en rekke evalueringer og revisjoner for å sikre en mest mulig rettferdig fordeling til bydelene. Denne rapporten er en videreføring av dette arbeidet.

Det er til dels store bydelsvise forskjeller i alderssammensetning, sosiale forhold og helse i Oslo. Kriteriesystemet skal bidra til at innbyggerne får likeverdige tjenestetilbud til tross for disse forskjellene, og dette ønsker man å oppnå ved å anvende et sett kriterier i tildelingen som best mulig fanger opp kjennetegn ved innbyggere som etterspør bydelenes tjenester. Denne rapporten presenterer en systematisk evaluering av dagens kriterier og forbedringsmuligheter som ligger i anvendelsen av alternative kriterier.

Dagens kriteriesett er inndelt i fem funksjonsområder (FO) som dekker tjenester for definerte målgrupper. Evalueringen omfatter funksjonsområdene *helse, sosial og nærmiljø* (FO1), *oppvekst* (FO2b), *pleie og omsorg* (FO3) og *økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogrammet* (FO4). Funksjonsområdet *barnehager* (FO2a) er holdt utenfor denne evalueringen.

Rapporten består av 9 kapitler. Etter innledningskapitlet følger et kapittel som gir en nærmere beskrivelse av hva kriteriesystemet er, og hvordan systemet i praksis benyttes til å fastsette den årlige fordelingen mellom bydelene. I kapittel 3 beskrives det empiriske grunnlaget for denne evalueringen, altså hva slags datamateriale vi har basert våre analyser på og hvilke kvalitative og kvantitative metoder vi har brukt i analysen av dette datamaterialet. I kapittel 4 blir det først gjort noen korte statistiske beskrivelser av demografiske og sosiale forskjeller mellom bydelene, deretter presenteres sammenlignende statistikk på tjenesteproduksjon for bydelene for hvert av funksjonsområdene. Kapittel 5 er en oppsummering av synpunkter om kriteriesystemet som ble formidlet gjennom intervjuer foretatt i seks utvalgte bydeler. I det påfølgende kapitlet er det gjort en vurdering av kvaliteten og kvantiteten i Oslo kommunes tjenesteproduksjon sammenlignet med data fra andre storkommuner. I kapittel 7 presenterer vi regresjonsanalyser av populasjonsdata på individnivå for hvert tjenesteområde. Kapitlet er rapportens hovedkapittel fordi det er her resultatene fra den statistiske vurderingen av relevansen av eksisterende og potensielt nye kriterier presenteres. I kapittel 8 diskuteres hvordan opphopning i behovsindikatorer kan modelleres og hva dette kan ha å si for fordeling i kriteriesystemet. Det siste kapitlet, kapittel 9, konkluderer rapporten.

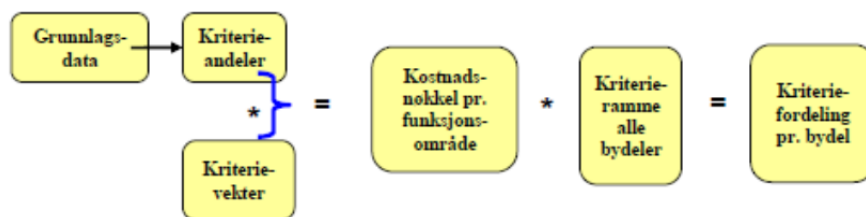
2 Hva er kriteriesystemet?

Oslo kommune har både kommunale og fylkeskommunale funksjoner, hvor ansvaret for sentrale tjenesteområder er desentralisert til de 15 bydelene. Bydelene har, innenfor sitt geografiske område, ansvar for helse-, sosial- og omsorgstjenester, barnevern, barnehager, kommunale kultur- og ungdomstiltak samt fritidsaktiviteter for barneskolettrinnet. I tillegg er ansvar for lokale parker og nærmiljøanlegg og utleie av torg, fortau mv. tillagt bydelene (Byrådsavdelingen for finans, 2012). På landsbasis utgjør pleie- og omsorg, grunnskole og barnehage de største andelene av tjenesteproduksjonen til kommunene. Sammenlignet med en vanlig norsk kommune kan bydelene sies å ha ansvar for mye av den samme tjenesteproduksjonen, med unntak av skole.

Finansieringen av tjenesteproduksjonen i bydelene har fellestrekk med finansieringen av norske kommuner. Oslo fordeler en stor andel av sitt budsjett mellom bydelene etter et budsjettfordelingssystem basert på objektive kriterier. Tjenestebehovet i befolkningen forventes å variere med gitte kriterier som størrelse og befolkningssammensetningen. For eksempel vil aldersprofilen på innbyggerne speile behovet for bl.a. barnehagetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Gjennom en budsjettfordelingsmodell, basert på objektive kriterier, som fanger opp kjennetegn ved befolkningen som etterspør bydelenes tjenester, søker man å sikre bydelene like muligheter til å yte et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere.

Bydelenes tjenester er i dag inndelt i fem funksjonsområder (FO), hvor hvert enkelt funksjonsområde dekker tjenester for definerte målgrupper. FO1 "Helse, sosial og nærmiljø" omfatter tjenester for hele befolkningen, og inkluderer blant annet administrasjon og de fleste forebyggende og behandlende tiltak innen helse-, rus- og sosialtjenesten som ikke spesifikt er rettet mot barn/ungdom, eldre og funksjonshemmede. FO2A "Barnehager" omfatter barnehagetilbudet til innbyggerne i bydelene, og inkluderer drift i kommunale barnehager samt tilskudd til ikke-kommunale barnehager. FO2B "Oppvekst" omfatter, som FO2A, tjenester rettet mot de yngste innbyggerne. Helsestasjon, skolehelsetjeneste, skolefritidsordning og barnevern er blant tjenestene som er underlagt FO2B. Funksjonsområdet FO3 "Pleie og omsorg" omfatter aktivitetstilbud, pleietilbud og velferdstilbud for pleietrengende eldre og funksjonshemmede. Både pleie i hjem og institusjon er underlagt dette funksjonsområdet. FO4 "Økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram" skal dekke bydelenes utgifter til økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram (inkludert kvalifiseringsstønad).

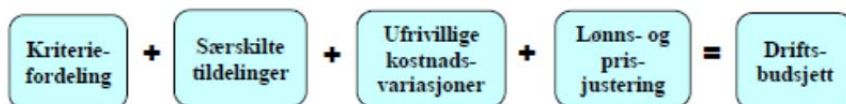
Kriteriesystemet som benyttes som budsjettfordelingsmodell i Oslo kommune er bygd opp rundt disse funksjonsområdene. Sentrale begrep i dette kriteriesystemet er kriterier, kriterieandeler, kriterievekter og kostnadsnøkler. **Kriterier** er de kjennetegnene ved innbyggerne som beskriver behov for tjenester. Kriteriene er basert på statistikk over forbruk av kommunale tjenester, forskning og undersøkelser om behovsskapende forhold hos ulike befolkningsgrupper. Til hvert funksjonsområde hører et sett med kriterier. For å gjenspeile at de ulike kriteriene som inngår i kriteriesettet for det enkelte funksjonsområde representerer ulike behov innenfor et funksjonsområde, tildeles det enkelte kriterium en **kriterievekt**. Summen av kriterievekter summeres til 1 for kriteriesettet tilhørende et funksjonsområde. For den enkelte bydel beregnes **kriterieandeler** som gjenspeiler hvor stor prosentandel av Oslos befolkning med et gitt kjennetegn som bor i bydelen. Kriterieandelene gjenspeiler dermed hvordan sosioøkonomiske og demografiske kjennetegn ved befolkningen fordeler seg mellom bydelene, mens kriterievektene gjenspeiler hvordan behov for tjenester innenfor et funksjonsområde er knyttet til et bestemt kjennetegn ved befolkningen. For å fordele den politisk bestemte rammen per funksjonsområde mellom bydelene beregnes en **kostnadsnøkkel** ved å multiplisere kriterievekt med kriterieandel for hvert enkelt kriterium. Kriterieandeler beregnes årlig med utgangspunkt i oppdatert statistikk. Unntaket er enkelte kriterier som er basert på statistikk som ikke oppdateres årlig (for eksempel informasjonen om boliger med dårlig sanitærstandard). Figur 2.1 oppsummerer kriteriesystemet på bydelsnivå.



Figur 2.1 Kriteriesystemet oppsummert på bydelsnivå

Kilde: Byrådsavdelingen for finans, 2012

Som det fremgår av figur 2.1 så vil kriteriefordelingen per bydel avhenge av en kostnadsnøkkel per funksjonsområde for den enkelte bydel og en kriterieramme. Av totalrammen som utgjør bydelssektorens samlede rammer i Oslo kommunes budsjetter, er det en del som kriteriefordeler og en del som tildeles bydelene utenfor kriteriesystemet. Tildelinger utenfor kriteriesystemet omfatter særskilte tildelinger, kompensasjonsordninger, lønns- og prisjusteringer og sentrale avsetninger. Driftsbudsjettet per bydel vil derfor bestå av en komponent som fordeles etter kriterier og en komponent som omfatter tildelinger utenfor kriteriesystemet. Denne sammenhengen er illustrert i figur 2.2.



Figur 2.2 Netto budsjetttramme for ordinær drift som fordeles til den enkelte bydel

Kilde: Byrådsavdelingen for finans, 2012

Det årlige budsjettet som bydelene tildeles er sammensatt av to rammer: én for ordinære driftsutgifter og én for økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram. Bystyret bevilger hvert år forskjellige netto budsjettrammer for ordinære driftsutgifter og for økonomisk sosialhjelp. Kriteriesettet for økonomisk sosialhjelp er prinsipielt sett bygget opp på samme måte som kriteriesettet for ordinær drift. Ved budsjettfordeling for sosialhjelp legges det imidlertid 80 prosent vekt på kriteriene og 20 prosent vekt på bydelenes regnskapsandeler. Fra og med 2012 tildeles også midler til barnevern basert på 80 prosent kriteriefordelt og 20 prosent regnskapsandel i forhold til sist avlagte regnskap. Dette begrunnes med at utgiftene til barnevern varierer over tid mellom bydelene. Vesentlige endringer i forbruket utgjør en risiko for merforbruk for den enkelte bydel.

3 Empiri og metode

I dette kapitlet beskrives det empiriske grunnlaget for denne evalueringen, samt de metoder vi har benyttet i innsamling og analyse av det empiriske materialet.

3.1 Empiri

Casestudier

I den innledende delen av evalueringen ble det gjennomført intervjuer med seks utvalgte bydeler. Dette var Alna, Frogner, Gamle Oslo, Grorud, Søndre Nordstrand og Vestre Aker. Disse intervjuene ble gjennomført i løpet av fire dager i 2014, i slutten av februar og i slutten av mai. Informantene var bydelsdirektørene og i tillegg en eller flere fra bydelenes fagstab. Formålet med disse intervjuene var å få innspill til dagens kriterier og eventuelt nye kriterier, samt å få innsikt i både generelle og spesielle forhold av betydning for behovet for tjenester i de ulike bydelene. Dette kunne være spesielle forhold i bydelene, trender eller utviklingstrekk og bydelenes prioriteringer. Valg av bydeler diskuteres nærmere i kapittel 5.1

Deskriptiv statistikk

Som et supplement til casestudiene i etableringen av en situasjonsforståelse ble det i den innledende delen av prosjektet også innhentet og sammenstilt en del deskriptiv statistikk av tjenesteforbruk på bydelsnivå. Hensikten med dette var å få en oversikt over utviklingstrekk i de siste års tjenesteforbruk, samt å sammenligne bydelenes forbruk med hverandre. Denne deskriptive statistikken er basert på tallmateriale innhentet fra Oslo kommune og Statistisk sentralbyrå (SSB). På bakgrunn av verbalvedtak (byrådssak 237, 12.06.2013) ble det også bestemt at evalueringen skulle inkludere en vurdering av kvalitet og kvantitet i bydelenes tjenesteproduksjon. For å imøtegå denne prosjektilføyelsen ble det innhentet tallmateriale på tjenesteforbruk fra ASSS-nettverket som består av de ti største kommunene i landet.

Kvantitative analyser

Hoveddelen av prosjektet baseres på kvantitative populasjonsanalyser på individnivå av sammenhengen mellom tjenesteforbruk og behovsdrivere for årene 2010 til 2012. Dette datamaterialet er innhentet gjennom uttrekk fra en rekke registre; gjennom direkte uttrekk fra Oslo kommunes eget fagsystem for pleie- og omsorgstjenester, Gerica, gjennom uttrekk fra ulike registre som forvaltes av SSB og uttrekk fra Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet. Tidsperioden 2010 til 2012 ble valgt ut i fra at dette var de siste årgangene med relativt oppdaterte og komplette opplysninger for de ulike registrene.

Det ble foretatt en kobling av data fra de ulike registrene. Denne sammenkoblingen ble gjort ved hjelp av et personspesifikt løpenummer. Dette løpenummeret var igjen basert på individenes personnummer, og dette ble lagt på hvert datasett som ble generert gjennom registeruttrekkene. Jobben med å generere løpenummer og påføre dette hvert datasett ble koordinert av Reseptregisteret på grunn av begrensningene som ligger inne i bruken av individdata fra Reseptregisteret.

Tjenester

Data på tjenester innen FO3, pleie og omsorgstjenestene, ble innhentet gjennom direkte uttrekk fra Oslo kommunes fagsystem Gerica. I dette fagsystemet ligger det en modul for uttrekk til IPLOS-registeret som ble benyttet til å gjennomføre uttrekket. På grunn av begrensninger i konsesjonen fra Datatilsynet ble uttrekket avgrenset til informasjon om tjenestetyper og tidsangivelser for disse tjenestene. Av samme grunn ble detaljnivået i disse tidsangivelsene redusert til månedsangivelser. Dette uttrekket genererte datafiler i XML-format som igjen ble oversatt til STATA-format.

Datauttrekket fra Gericla inkluderer også posten "Rehabilitering utenfor institusjon", men denne tjenesten er tilordnet FO1 fordi den ligger under KOSTRA-funksjon 241 (diagnose, behandling, re-/habilitering).

De øvrige data på kommunale, individbaserte tjenester ble innhentet gjennom SSB. For FO1 gjaldt dette individ-data på Introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger, barnevernsopplysninger for FO2b, og for FO4 opplysninger om økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogrammet. Av hensyn til personvern ble detaljnivået i barnevernsdata kraftig redusert slik at det kun ble innhentet informasjon om hvorvidt et barn mottok et hjelpetiltak eller et omsorgstiltak. Mer detaljerte saksopplysninger ble ikke innhentet.

Kriterier

Individ-data for eksisterende kriterier er innhentet fra ulike register som forvaltes av SSB. Dette gjelder individkjenne tegn som alder, sivilstatus, opprinnelsesland, omsorg for barn, inntekt, utdanning, mottak av hjelpestønad, etc. I Folkeregisteret finnes en husstands-id. Med utgangspunkt i denne har det blitt generert et unikt løpenummer for de i samme husstand. Ut i fra dette løpenummeret har vi gjenskapt mål som inneholder husstandsinformasjon.

Noen av de individ-spesifikke kriteriene i dagens system lot seg ikke etterprøve i våre analyser. I kriteriesettet for FO3 gjaldt dette utviklingshemmede og opplysninger fra kompensasjonsordningen for ressurskrevende brukere, samt opplysninger om boligers sanitærstandard. I kriteriesettet for FO4 gjaldt dette hvorvidt personene bodde i kommunalt disponerte leieboliger. Disse kriteriene ble utelatt fra analysene i og med at dette var informasjon vi ikke hadde tilgang til.

I kriteriesettet for FO1 finner man kriteriene "Andel av samlet innbyggertall" og "Andel av budsjett". Dette er kjennetegn ved bydelene som ikke kan knyttes til individer i individ-analyser, og disse kriteriene ble derfor også utelatt fra analysene.

Alternative kriterier

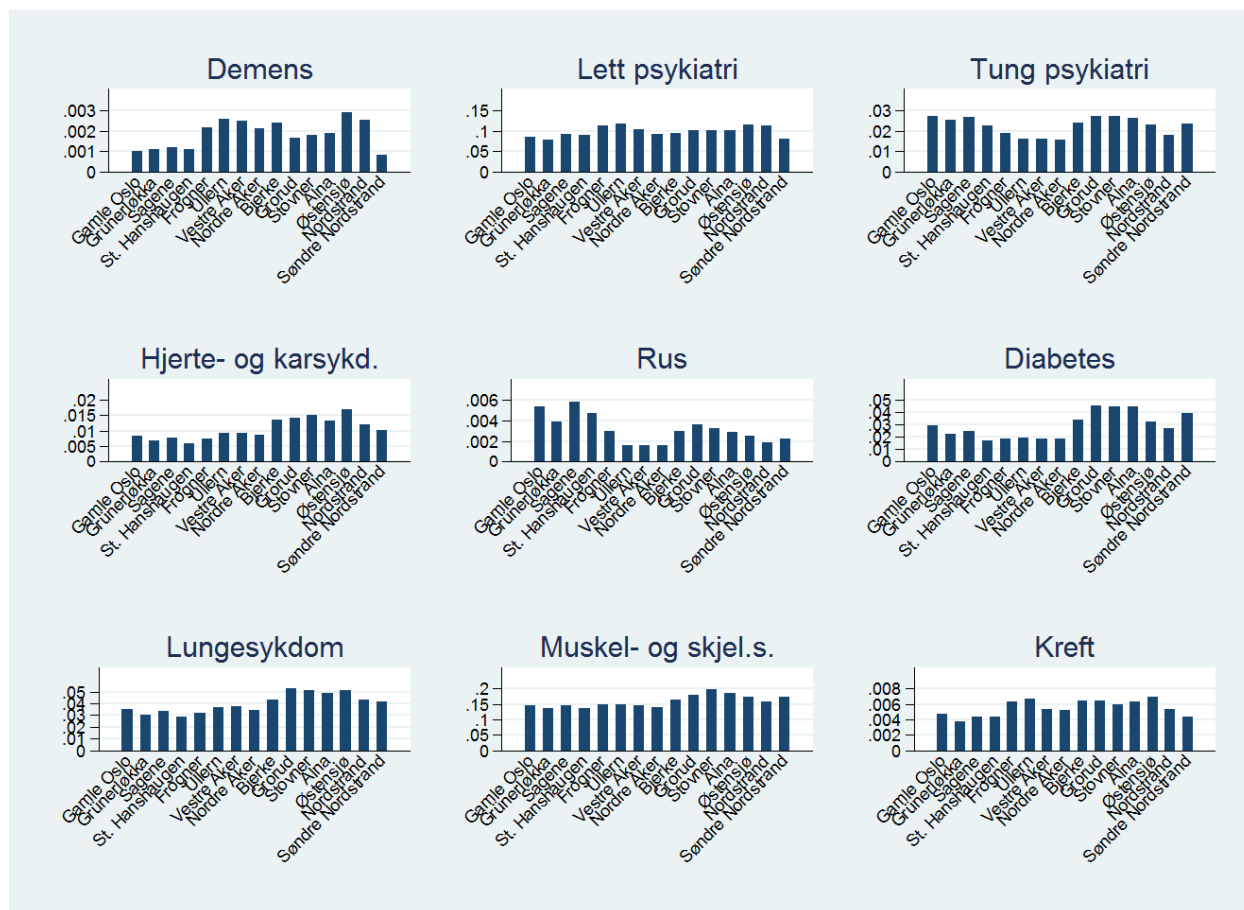
Tilgangen til individ-data gjør disse analysene godt egnet til utprøving av nye kriterier. I forbindelse med denne evalueringen har vi derfor prøvd ut en rekke alternative mål ut fra en teoretisk forventning om betydning for tjenesteforbruk, eller etter innspill fra case-intervjuene og referansegruppen. For de funksjonsområdene hvor dette har vært relevant så har vi prøvd ut arbeidsledighet, botid i Norge, store barnekull og frafall fra videregående skole. Disse opplysningene er innhentet fra SSB-registre.

I tillegg har vi ønsket å se på hvordan sykdom i populasjonen påvirker tjenestebehovet. Informasjon om sykdom har vi hentet ut fra Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet. Individ-data på reseptuttak for alle innbyggere i Oslo for de aktuelle årene ble hentet ut. Følgende sykdomsgrupper ble kategorisert ut i fra medisinenes klassifikasjonskoder (ATC-koder):

- Kreft
- Diabetes
- Muskel og skjelettlidelser
- Lungesykdom
- Hjerte og karsykdom
- Lettere psykiatriske lidelser
- Tyngre psykiatriske lidelser
- Demens
- Rus

Slike sykdomskriterier oppfyller kravene til at kriterier skal være konsistente, verifiserbare og vanskelig la seg manipulere. Det man imidlertid bør vurdere er hva sosioøkonomiske forskjeller mellom bydelene kan ha å si for medisinnuttaket. Ta for eksempel sykdomsgruppen "Lettere psykiatriske lidelser". Vil ressurssterke borgere i vestlige bydeler ha lettere tilgang til denne typen medikamenter? Litteraturen tilsier at det kan være en sosioøkonomisk gradient i pasienters tilgang til enkelte medikamentgrupper. Ofte vil det da være snakk om forskjeller i mengde, men i vår kategorisering av sykdommer er det bare tatt hensyn til om de har mottatt et gitt medikament eller

ikke. Mengden utskrevet har ikke blitt vurdert, og dermed reduseres også betydningen av en eventuell sosioøkonomisk gradient knyttet til mengden utskrevne medikament. Dette styrkes med andre ord forventningen til at bydelsvis forskjeller i sykdomsforekomst i all hovedsak representerer reelle forskjeller i morbiditet i befolkningen og i liten grad sosioøkonomiske forskjeller. Hvis dette ikke er tilfellet vil også sammenhengen mellom en sykdom og et eventuelt tjenestebehov svekkes i den empiriske analysen, og man vil kunne utelukke denne sykdomsgruppen som et aktuelt kriterium.



Figur 3.1 Bydelsvis fordeling av sykdomsforekomst

Som det fremgår av Figur 3.1 er det til dels store variasjoner i sykdomsforekomsten mellom bydelene. For at det skal være fordelings effekter forbundet med et kriterium kreves det variasjon i dette over bydelene. I forhold til denne forutsetningen er altså sykdomskategoriene godt egnet som kriterier.

For at sykdomskategoriene eventuelt skal innarbeides i kriteriesystemet så kreves det også at Oslo kommune kan innhente oppdatert statistikk på sykdomsforekomst i bydelene. Her kreves det ikke data på individnivå, men aggregert statistikk. Det finnes to potensielle kilder til denne informasjonen. Den første er Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet, alternativt kan denne informasjonen hentes fra Norsk pasientregister (NPR) hos Helsedirektoratet. Data fra Reseptregisteret vil inneholde data fra primærhelsetjenesten, og i en viss utstrekning data fra spesialisthelsetjenesten, mens data fra NPR vil kun dekke pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten. Pasientgruppene vil altså være noe forskjellige, men begge gruppene vil kunne si noe om systematiske ulikheter i helse mellom bydelene. Tilgang til denne informasjonen fra Reseptregisteret eller NPR gis på bakgrunn av søknad. I § 1-3 i Reseptregisterforskriften og i § 1-2 i NPR-forskriften oppgis det at data utleveres til styringsformål av offentlig virksomhet.

3.2 Metode

Casestudier

Som en innledende del av evalueringen ble det gjennomført en rekke intervjubaserte casestudier. To utvalgsriterier ble lagt til grunn i valget av disse bydelscasene. For det første så skulle de enten ha et overforbruk eller et underforbruk innen ett eller flere av funksjonsområdene i forhold til kriterietildelingen. Poenget med dette var å få innsikt i hva som var årsakene til disse avvikene fra de kriterietildelte midlene og eventuelt få innspill på hvordan kriteriesystemet kunne utformes for bedre å fange opp forskjeller i behov. Det andre utvalgsriteriet var at bydelene skulle velges ut slik at det ikke ble en geografisk skjevfordeling i utvalget.

Det ble videre utviklet en intervjuguide som ble kvalitetssikret av prosjektgruppen hos Oslo kommune. Intervjuene som ble gjennomført ble tatt opp med diktafon og senere transkribert. Deretter ble det produsert en redigert sammenskriving og oppsummering fra hvert av intervjuene som så ble sendt ut til bydelene for kvalitetssikring.

Regresjon

Dagens kriterier kan betraktes som variabler som skal forklare variasjoner i bydelenes tjenestebehov fra år til år. Kriteriesettene er altså modeller med flere variabler (kriteriene) som skal fange opp variasjonen hos en utfallsvariabel (tjenestebehovet). Multivariat regresjonsanalyse er en form for statistiske analyser som er organisert på tilsvarende måte. Her er det en utfallsvariabel som forklares av en eller flere forklaringsvariabler, og slik sett er denne typen analyser godt egnet til å vurdere hvor godt dagens kriterier fanger opp variasjonen i tjenesteforbruk/behov. Det er også noen andre klare fordeler ved multivariate analyser. Fordi man analyserer kriteriene i samme modell så vil et eventuelt forklaringsoverlapp mellom variablene/kriteriene, altså en korrelasjon mellom to eller flere av kriteriene, justeres slik at effekten av disse i analysen samlet sett blir riktig. En annen fordel med denne typen statistiske analyser er at vi får angitt signifikansnivå som sier noe om hvor sannsynlig det er for å få et gitt resultat ved en tilfeldighet hvis det ikke er en reell sammenheng i det empiriske materialet. Som normal praksis tilsier så oppgir vi signifikansnivå på 1 prosent- og 5 prosentnivå. Resultat med disse nivåene regnes som statistisk signifikante, og man kan se bort fra at resultatet har oppstått ved en tilfeldighet.

Informasjonen som er innhentet om bruken av tjenestene er hovedsakelig i form av ja/nei svar på om de har mottatt en tjeneste eller ikke. Denne typen dikotome utfallsvariabler analyseres som oftest ved hjelp av logistiske regresjonsmodeller. Dette er en type regresjonsmodeller som er spesielt tilpasset dikotome variabler, men vi velger å ikke benytte logistisk regresjon i disse analysene. Vi velger i stedet å analysere våre data ved hjelp av minste kvadraters metode (også kjent som OLS-regresjon). Minste kvadraters metode benyttes primært til å analysere kontinuerlige variabler, men fordi fremstilling av kriterievekter ved bruk av resultatene fra OLS-regresjon følger en kjent fremgangsmåte, mens det samme ikke er tilfelle ved bruk av logistisk regresjon, så har vi allikevel valgt å benytte OLS-regresjon i våre analyser. Det vi kan lese ut av en OLS regresjon vil uansett være det samme som det vi ville ha fått ut av en logistisk regresjon.

I dagens kriteriesett finner man en rekke sammensatte kriterier slik som dette kriteriet under FO4: "Andel ikke gifte personer 20-49 år*Lavinntekts-*Lavutdanningsindeks". I statistiske analyser kalles dette for interaksjonsvariabler. Når Oslo kommune bruker dette målet så benyttes aggregerte tall på bydelsnivå, og man vil få et ganske bredt mål som fanger opp flere dimensjoner som kan være relevant for behovet for tjenester. Slik fungerer ikke slike mål i individanalyser. Et slikt mål brukt direkte i individanalyser vil bli et mye snevrere mål på effekten av å tilhøre en marginal gruppe. I individanalysene vil slike mål bety at alle kjennetegnene må være til stede hos individet; ikke gift, alder mellom 20 og 49, ha lav inntekt og ha lav utdanning. Et slikt mål vil derfor måle noe ganske forskjellig fra det opprinnelige kriteriet, og det er derfor lite hensiktsmessig å gjenskape denne typen sammensatte mål i regresjonsanalysene.

I tillegg til regresjonskoeffisientene, som viser styrken på den beregnede samvariasjonen mellom forklaringsvariablene og utfallsvariabelen, rapporterer vi R^2 , som er et mål på hvor stor andel av variasjonen i utfallsvariabelen som forklares av modellen. R^2 varierer mellom 0 og 1, slik at en verdi på for eksempel 0,10 kan tolkes som at modellen forklarer ti prosent av variasjonen i utfallsvariabelen.

Vekter

Et kriterium som er påvist å ha en utsagnskraftig effekt i regresjonsanalysene vil i utgangspunktet være et relevant kriterium å benytte i et kriteriesystem. I regresjonsanalysene blir det eksempelvis påvist hvor mange prosentpoeng større sannsynlighet et individ har for å motta en tjeneste hvis en interessevariabel øker med én enhet, alt annet likt. Selv om en tilstand, alder etc. medfører en svært økt sannsynlighet for tjenestekonsum, betyr ikke dette nødvendigvis at kriteriet bør vektes høyt i et kriteriesystem ettersom dette også avhenger av gjennomsnittsverdien både på den aktuelle variabelen og den avhengige variabelen i analysen. Normalt er avhengig variabel mottak av tjeneste.

Når et kriterium skal vektes inn i kriteriesystemet kan dette gjøres på to måter: i) La vektingen bestemmes direkte av gjennomførte empiriske analyser, eller ii) å benytte skjønn. I siste del av rapporten vil vi presentere vekting for kriterier som er funnet å ha en utsagnskraftig effekt på etterspørselen etter, eller behovet for, en tjeneste innenfor funksjonsområdene. Vi vil kun presentere vekting basert utelukkende på de gjennomførte regresjonsanalysene. Formelt blir vekten til et kriterium x bestemt av formelen:

$$vekt_x = \frac{estimert\ koeffisient_x * \bar{x}}{\bar{y}}$$

hvor $\bar{x}$ og $\bar{y}$ er gjennomsnittlig verdi på henholdsvis kriteriet og avhengig variabel (tjenestekonsum). $estimert\ koeffisient_x$ er den estimerte regresjonskoeffisienten for kriterium x .

Som diskutert ovenfor er det ikke opplagt at vektingen i kriteriesystemet skal baseres utelukkende på det som bestemmes av regresjonsanalyser. Blant annet er det problematisk hvordan hopningsvariabler skal innarbeides fra individanalyser som gjennomføres i denne rapporten til et kriteriesystem på bydelsnivå. Dette er kun ett eksempel på elementer som trolig bør vurderes når endelig kriteriesystem og vekting skal bestemmes.

4 Situasjonsforståelse

Dette kapittelet tar i første del sikte på å belyse forskjeller i demografi og sosiale forhold mellom bydelene. En studie av bydelenes befolkningssammensetning vil være en viktig informasjonskilde i arbeidet med å også forstå forskjeller i bydelenes ressursbruk og forskjeller i innbyggernes tjenestebehov. Videre vil vi studere en del økonomiske nøkkeltall på bydelsnivå innenfor de ulike funksjonsområdene som evalueres i denne rapporten. I tillegg presenterer vi her en rekke kart som viser dekningsgrader for et utvalg tjenester, både på bydels- og delbydelsnivå. I siste delkapittel vil vi presentere en sammenligning av bydelenes ressursbruk i forhold til hva dagens kriteriesystem predikerer.

4.1 Demografiske og sosiale forskjeller mellom bydelene

Demografi og sosiale forhold varierer mellom bydelene. Uten å studere statistikken har de fleste, både i og utenfor Oslo, en oppfatning om at innbyggerne på Frogner skiller seg fra innbyggerne i Grorud, og det er ikke vanskelig å se for seg at forskjellen i demografi og sosioøkonomiske forhold mellom disse to bydelene vil utløse ulike behov for tjenester og dermed ulike budsjettbehov. Det er denne type forskjeller som skaper behov for kriteriefordelt budsjetttramme til de 15 bydelene.

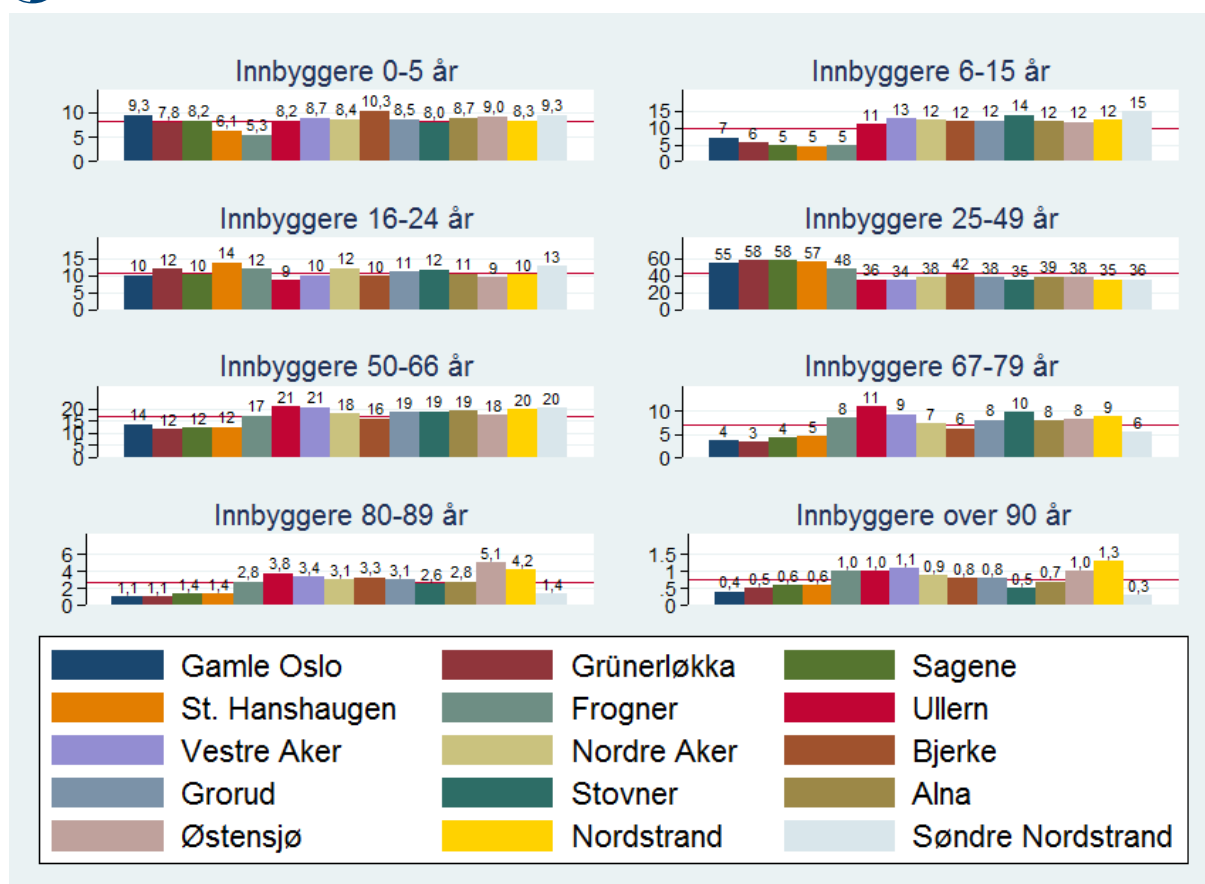
Kriterieandelene beregnes med utgangspunkt i befolkningssammensetningen for den enkelte bydel relativt til hele Oslo kommunes befolkning. Forskjeller i demografi og sosiale forhold mellom bydeler kan derfor beskrive forskjeller i budsjettildeling mellom bydelene. For å få en bedre klarhet i hvordan bydelene skiller seg fra hverandre, vil vi i dette delkapittelet presentere en del kjennetegn på befolkningen.

Alderssammensetning

Innbyggernes alderssammensetning kan langt på vei forklare forskjeller i tjenesteproduksjonen mellom bydeler eller kommuner. For eksempel vil relativt mange barn normalt medføre høy produksjon i barnehagesektoren, på samme måte som at eldre over 80 år normalt er overrepresentert i sykehjem. Figur 4.1 viser kriteriebefolkningens sammensetning etter alder for Oslos bydeler per 1. januar 2013.¹ Bildet illustrerer relativt tydelige forskjeller mellom bydelene. Innbyggerne er her inndelt etter aldersgruppene 0-5, 6-15, 16-24, 25-49, 50-66, 67-79, 80-89 og over 90 år. Figursøylene viser bydelens innbyggere i hver alderskategorier som andel av bydelens totale innbyggertall. Den røde linjen viser kommunens gjennomsnitt.

En samlet vurdering av alderssammensetningen i befolkningen tilsier at det er relativt store forskjeller mellom Oslos bydeler. I fremste rekke skyldes forskjellene at en del sentrumsnære bydeler har en stor gruppe voksne under 50 år, mens dette igjen gir seg utslag i lave andeler i de eldste alderskategoriene. I tillegg har disse bydelene en relativt lav andel barn i grunnskolealder, men de skiller seg ikke spesielt ut med hensyn til andel barn i barnehagealder. Befolkningssammensetningen for eldre aldersgrupper i Søndre Nordstrand er relativt lik sammensetningen i de sentrumsnære bydelene, men bydelen skiller seg tydelig fra disse når man sammenlikner sammensetningen av yngre aldersgrupper, og da særlig andel barn i grunnskolealder som er om lag 3 ganger så høy her som i de omtalte sentrumsnære bydelene. Bydelene i Groruddalen (Bjerke, Grorud, Stovner og Alna) skiller seg, sammen med en rekke andre bydeler, generelt lite fra gjennomsnittet for Oslo samlet når man kun ser på alderssammensetningen i bydelene. Nordstrand og særlig Østensjø er blant bydelene med størst andel eldre innbyggere.

¹ Med kriteriebefolkning menes innbyggertall i bydel inkludert innbyggere som for eksempel bor i institusjon i en annen bydel. Analogt vil da institusjonsbeboere i en bydel, men som var opprinnelig var bosatt i en annen bydel, regnes som innbygger i opprinnelig bydel.



Figur 4.1 Alderssammensetning 2014, i prosent

Vi har også sett på hvordan alderssammensetningen i bydelene har utviklet seg de siste årene (ikke illustrert i figur). Det generelle utviklingstrekket er at alle bydel, med unntak av særlig Østensjø og dels Bjerke, har fått en økt andel eldre befolkning. Ettersom alderssammensetning utgjør en betydelig del av de ulike funksjonsområdenes kriterier vil normalt endringer medføre at en bydel kommer dårligere ut i fordelingen av midler for minst ett funksjonsområde, mens den samme bydelen igjen vil komme bedre ut i fordelingen av midler for minst ett av de andre funksjonsområdene.

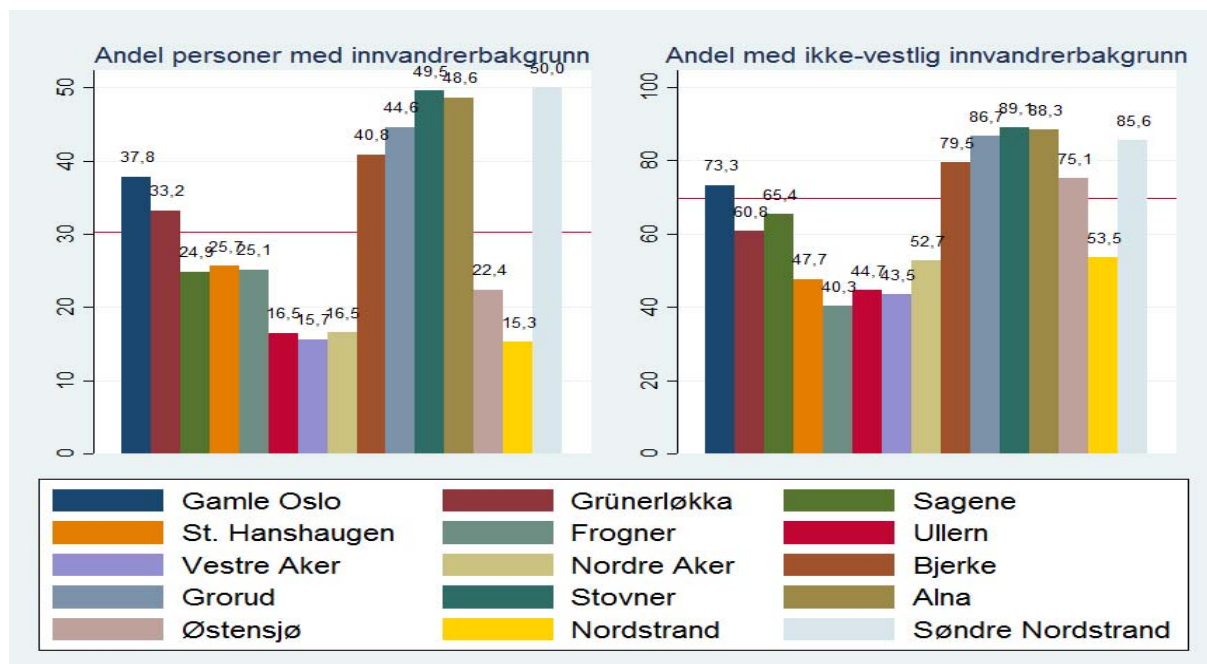
En annen ting som er viktig å nevne er at ulike aldersgrupper i befolkningen i ulik grad etterspør tjenester, det vil si at en lav andel av en gruppe likevel kan være en viktig kostnadsdriver for bydelen. I dagens kriteriesystem er dette forsøkt ivaretatt ved å se ulike aldersgrupper i sammenheng med andre sosioøkonomiske kjennetegn.

Innvandring

Ulike definisjoner/mål på innvandrerbefolkningen er i dag inkludert både i Oslo kommunes kriteriesystem og det nasjonale systemet som fordelar midler mellom kommuner. Bakgrunnen for dette er at studier viser en positiv samvariasjon mellom bruken av ulike kommunale tjenester (behov) og innvandringsstatus. En oversikt over bydelens befolkningssammensetning i forhold til innvandring kan derfor være viktig i arbeidet med å evaluere dagens kriteriesystem. Figur 4.2 gir en oversikt over andel innvandrere og hvor stor del av innvandrerbefolkningen som stammer fra ikke-vestlige land (definert som antall ikke-vestlige innvandrere som andel av total innvandrerbefolkning).

Den første grafen i Figur 4.2 viser at det er meget store forskjeller i hvor stor andel av innbyggerne som har bakgrunn som innvandrer uavhengig av landbakgrunn på tvers av bydelene. I 2013 hadde hele 50 prosent av innbyggerne i bydel Søndre Nordstrand innvandrerbakgrunn. Dette er mer enn tre ganger så stor andel som nabobydelen Nordstrand, som er rapportert å ha den laveste andelen innvandrerbefolkning (15,3 prosent). Videre er det betydelig variasjon også mellom øvrige bydel.

I grafen til høyre presenteres det hvor stor andel av innvandrerbefolkningen som har ikke-vestlig innvandrerbakgrunn.² Også her er det betydelig forskjeller bydelene imellom. Andelen varierer mellom 40 og 50 prosent i bydelene St. Hanshaugen, Frogner, Ullern og Vestre Aker. I motsatt ende av skalaen ser vi at andelen personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som andel av innvandrerbefolkningen uavhengig av landbakgrunn er om lag 80 prosent og over i bydelene lokalisert i Groruddalen og Søndre Nordstrand. Sammenstilt med at innvandrerandelen også er høyest i disse bydelene, så er de relative forskjellene mellom bydelene med hensyn til innbyggere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn større enn det som presenteres i grafen til venstre.



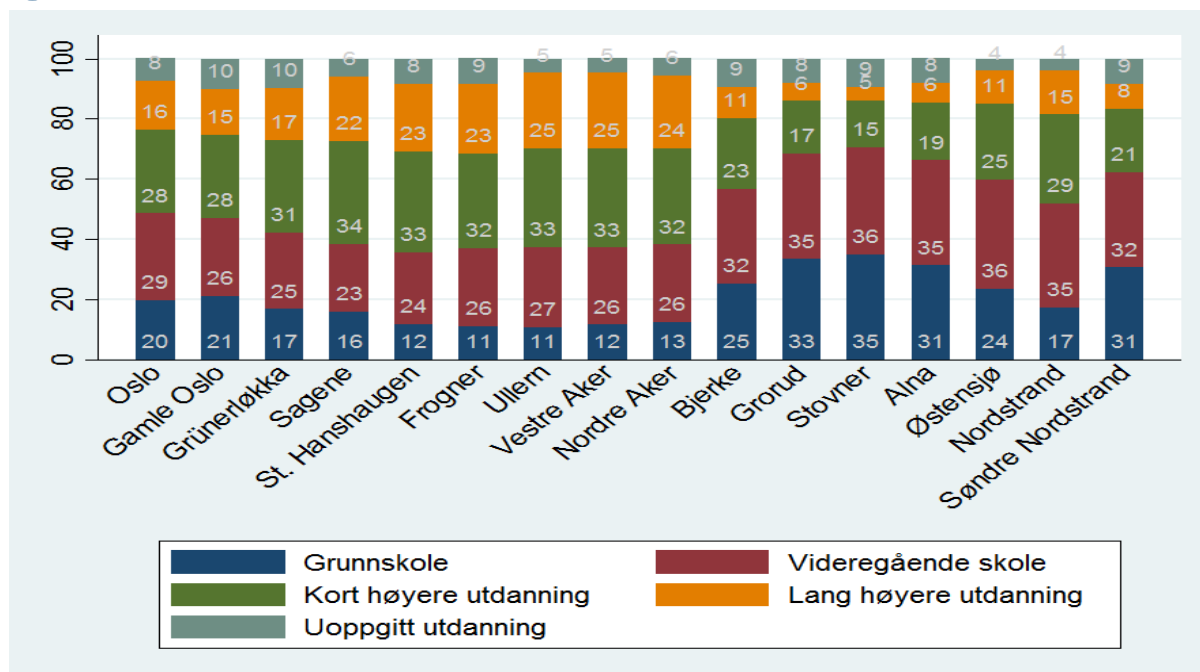
Figur 4.2 Innvandringsbakgrunn i 2013, i prosent. Grafen til venstre viser andel av innbyggerne som har innvandrerbakgrunn, dvs. enten er første- eller andregenerasjonsinnvandrere. Grafen til høyre angir andelen personer av de med innvandrerbakgrunn som har bakgrunn fra ikke-vestlige land.

Det er også slik at andelen personer med innvandrerbakgrunn har økt i samtlige bydeler i perioden 2010-2013, fra et gjennomsnitt på vel 27 prosent i 2010 til vel 30 prosent i 2013. For enkelte bydeler ser det ut til at veksten i innvandrerbefolkningen i hovedsak skyldes økt innvandring fra vestlige land, mens andelen ikke-vestlige innvandrere har vært mer stabil i andre bydeler.

Utdanningsnivå

Også utdanningsnivå er inkludert i kriteriesystemet. Figur 4.3 presenterer derfor hvordan utdanningsnivået i Oslo varierer mellom bydelene. Den første søylen viser gjennomsnittlige andeler for Oslo samlet.

² Vi benytter samme definisjon for ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som benyttes i Oslos kriteriesystem. Innvandrerbakgrunn inkluderer etterkommere av førstegenerasjonsinnvandrere.



Figur 4.3 Utdanningsnivå for innbyggere over 16 år, andeler i prosent, 2013

De blå søylene i Figur 4.3 viser andelen av befolkningen over 16 år i hver bydel som har kun grunnskole som høyeste registrerte utdanningsnivå. Andelen varierer fra 11 prosent i Frogner og Ullern til 35 prosent i Stovner. Andelen er særlig høy i bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand. I gjennomsnitt har om lag 20 prosent av befolkningen i Oslo grunnskole som høyeste utdanningsnivå.

Videre ser man fra de røde søylene at forskjellen mellom bydelene er en del mindre når man sammenlikner andel med videregående opplæring som høyeste utdanningsnivå. På nasjonalt nivå har de seneste årene om lag halvparten av 16-åringene startet på en yrkesrettet studieretning i videregående opplæring etter endt grunnskole. Utdanningsløpet vil for disse normalt avsluttes i videregående opplæring med fullført fagbrev, og andelen vil derfor trolig ikke fungere godt til å forklare forskjeller i behovet etter kommunale tjenester. Men som for andelen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, er også andelen med videregående opplæring som høyeste utdanningsnivå høyest i bydelene i Groruddalen, samt Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand.

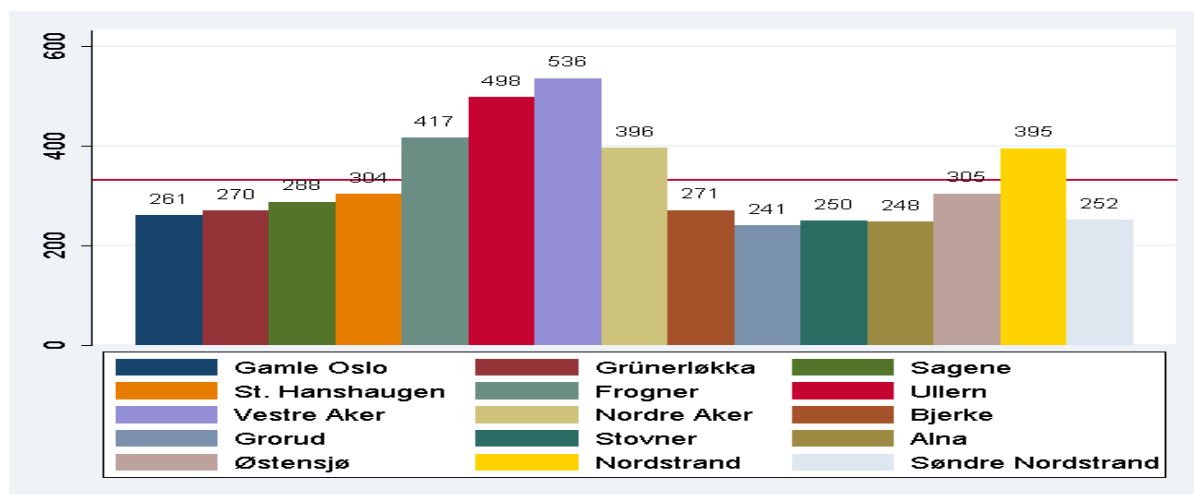
For befolkningsandelen med kort (bachelorgrad eller tilsvarende) eller lang (mastergrad eller tilsvarende, eller ph.d.) universitets- eller høyskoleutdanning er bildet selvsagt motsatt av andelen for grunnskole og videregående utdanning. Her er andelen høyest i Sagene, St. Hanshaugen, Frogner, Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker. Andelen med ingen eller uoppgitt utdanningsnivå varierer fra 4 prosent i Østensjø og Nordstrand til ti prosent i Gamle Oslo og Grünerløkka. Denne andelen har sammenheng med manglende registrering av utdanning for mange personer med innvandringsbakgrunn.

Vi har også sett på hvor stor andel av ungdom mellom 16 og 19 år som ikke er registrert i et utdanningsløp. Frafall fra videregående utdanning har blant annet blitt påvist at øker sannsynligheten for at individet er registrert som mottaker av økonomisk sosialhjelp i ung alder (se Falch m.fl. 2010). Andelen er noe høyere i de sentrumsnære bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen og Frogner (mellom 25 og 29 prosent) enn i øvrige bydeler hvor andelen varierer mellom 16 og 19 prosent.

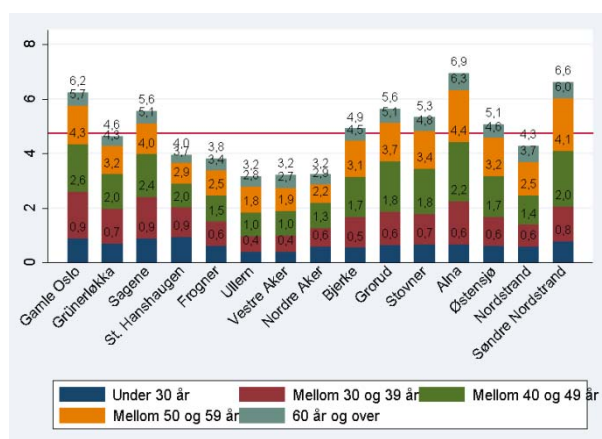
Inntekt og trygdeordninger

I Oslos kriteriesystem inngår ulike mål på lavinntekt i kostnadsnøkler for flere av funksjonsområdene. I Figur 4.4 presenteres gjennomsnittlig alminnelig inntekt for hver bydel. Gitt at inntektsnivået er korrelert med tjenestebehov indikerer den betydelige variasjonen i inntekt på tvers av

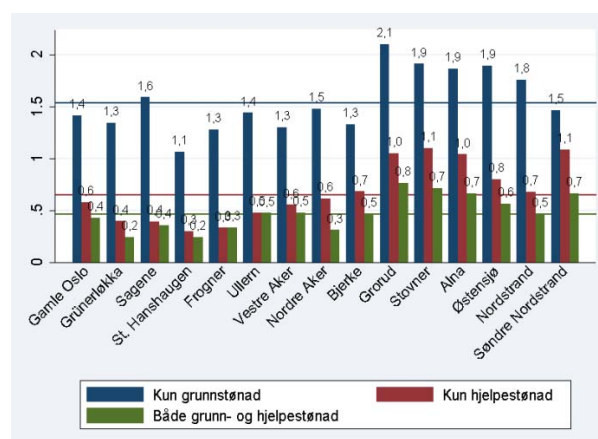
bydeler at inntektskriterier kan ha svært omfordelende effekter i et kriteriesystem. Mens gjennomsnittlig alminnelig inntekt i en rekke bydeler i 2012 var om lag 250 000 kroner, ser vi at inntektsnivået særlig i de vestlige bydelene var svært mye høyere.



Figur 4.4 Alminnelig inntekt i 1000 kroner, alle innbyggere 17 år og over. 2012



Figur 4.5 Antall personer med arbeidsavklaringspenger per innbygger 16-66 år, 2013



Figur 4.6 Antall personer med grunn og hjelpestønad per innbygger 16-66 år, 2013

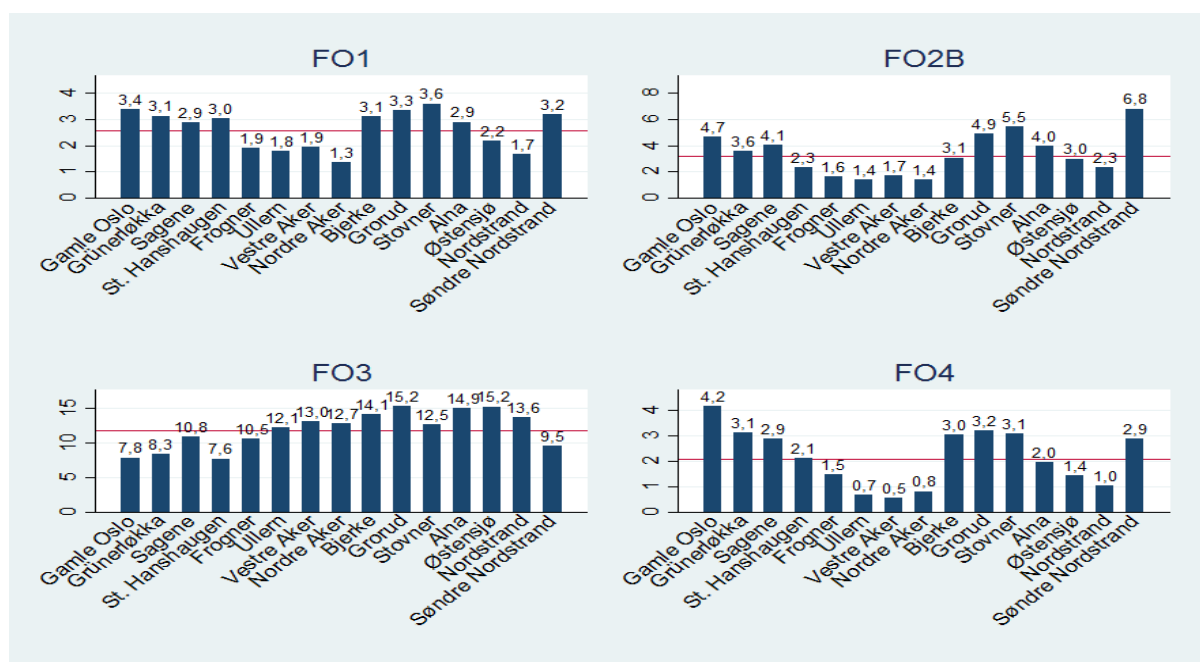
Ulike stønadsordninger, som hjelpestønad, uførhet og arbeidsavklaringspenger, benyttes også som kriterier i dagens kriteriesystem. Vi har derfor sett nærmere på hvordan befolkning som mottar ulike stønadsmottak fordeler seg bydelene imellom.

Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en stønadsordning som skal sikre en inntekt for personer som på grunn av sykdom eller skade har behov for hjelp fra NAV for å komme i arbeid (kilde: NAV.no). Fordelingen i hver bydel er presentert i Figur 4.5. Figuren viser at det er betydelige forskjeller mellom bydelene hvor andelen pr innbygger i alderen 16-66 varierer fra 3,2 prosent i Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker til 6,9 prosent i Alna.

Grunnstønad er en ytelse man kan få for å dekke ekstraavgifter som følger av sykdom, skade eller medfødte feil og misdannelser, mens hjelpestønad er en ytelse som utløses ved særskilt behov for pleie og tilsyn som følge av sykdom, skade eller medfødt funksjonshemming (kilde: NAV.no). Hyppigheten av grunn- og hjelpestønad er vist i Figur 4.6. Som for andre kjennetegn presentert tidligere er det betydelig variasjon også i sykdom, skader og funksjonshemminger på tvers av bydelene, indikert med de to stønadsordningene. Andelen med hjelpestønad er særlig høy i bydelene Grorud, Stovner, Alna og Søndre Nordstrand.

4.2 Økonomiske nøkkeltall og tjenesteproduksjon i bydelene

I foregående delkapittel kommer det tydelig fram at Oslos befolkningssammensetning varierer mye på tvers av bydelene. Normalt skal dette medføre at også ressursbruken varierer mellom bydelene. For å få en enda bedre forståelse av bydelenes tjenesteproduksjon presenteres her ressursbruken i bydelene. Ressursbruken måles her i netto driftsutgifter per innbygger. Mange av indikatorene som ble presentert i forrige delavsnitt inngår gjerne i en eller flere funksjonsområder i kriteriesystemet. Dette tilsier at ressursbruken bør samvariere med befolkningen i de ulike bydelenes score på ulike indikatorer diskutert i forrige delkapittel. Figur 4.7 viser netto driftsutgift per innbygger for aktuelle funksjonsområder. Utgiftene er diskutert nærmere i påfølgende avsnitt for hvert funksjonsområde.



Figur 4.7 Netto driftsutgifter per innbygger (i 1000 kroner) i 2013

I registerdataene som er benyttet til å analysere hvilke kjennetegn som utløser behov for tjenester og følgelig utgifter i senere kapitler, har vi hatt tilgang på detaljert informasjon om tjenestekonsum og kjennetegn ved innbyggerne. Denne informasjonen har vi benyttet til å produsere bydels- og delbydelskart som angir blant annet dekningsgrader for flere av tjenestene som analyseres. Disse kartene vil også presenteres i påfølgende delkapittel for hvert funksjonsområde.

4.2.1 FO1 – Helse, sosial og nærmiljø

I dette avsnittet studeres blant annet netto driftsutgift innen funksjonsområde 1 (helse, sosial og nærmiljø). Funksjonsområdet inkluderer blant annet funksjoner som administrasjon, primærhelse, en rekke sosiale tjenester, nærmiljø/kulturtiltak mv.

Den første grafen i Figur 4.7 viser netto driftsutgift for FO1 per innbygger for hver enkelt bydel. Bydelene som har relativt høy ressursbruk per innbygger er de sentrumsnære bydelene (Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen) og bydelene i Groruddalen, samt Søndre Nordstrand. For disse varierer brutto driftsutgifter fra om lag 2 900 kroner per innbygger i Sagene og Alna til 3 600 kroner per innbygger i Stovner. I andre enden av skalaen finner vi i fremste rekke Nordre Aker som i 2013 brukte om lag 1 300 kroner per innbygger på dette funksjonsområdet.

Sammenlikner man ressursbruken med kjennetegn på befolkningen presentert i forrige delavsnitt ser det ut som det er en positiv samvariasjon mellom bydelenes netto driftsutgifter per innbygger innen FO1 og innvandringsstatus, mens samvariasjonen med inntekt og utdanningsnivå kan se ut til å være negativ. En ting som imidlertid må presiseres er at disse utgiftene inkluderer særskilte tildelinger.

Dette kan medføre at forskjellen i ressursbruk ikke bare er drevet av ulike behov mellom bydelene, men også være påvirket av for eksempel politisk prioritering sentralt.

Generelt har utgiftene vært ganske stabile i hver bydel (ikke presentert i figur). Samtidig har det vært et trendsifte mellom 2012 og 2013 hvor de fleste bydeler har hatt lavere utgifter i 2013. Dette skyldes endret regnskapspraksis for føring av administrasjonsutgifter.

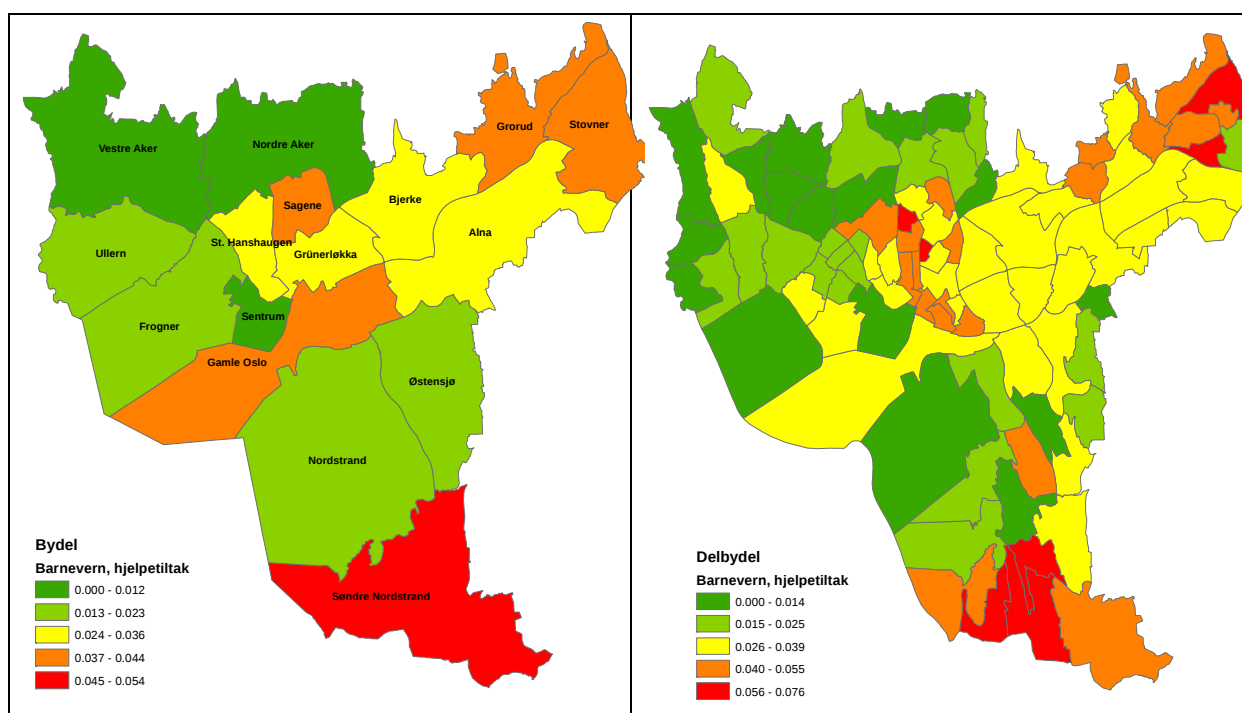
4.2.2 FO2B - Oppvekst

I dette avsnittet belyses forskjellene i netto driftsutgifter innen funksjonsområde 2B (oppvekst). Tallene er presentert innledningsvis i Figur 4.7. Bydelen som skiller seg ut med særlig høye netto driftsutgifter per innbygger i denne sektoren er Søndre Nordstrand. Bydelen brukte i 2013 nær 7 000 kroner per innbygger innenfor funksjonsområdet. Bydelen som bruker nest mest er Stovner med om lag 6 000 per innbygger. Videre følger Grorud og Gamle Oslo. Bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker benytter desidert færrest ressurser innen funksjonsområdet med et forbruk på om lag 1 500 kroner per innbygger.

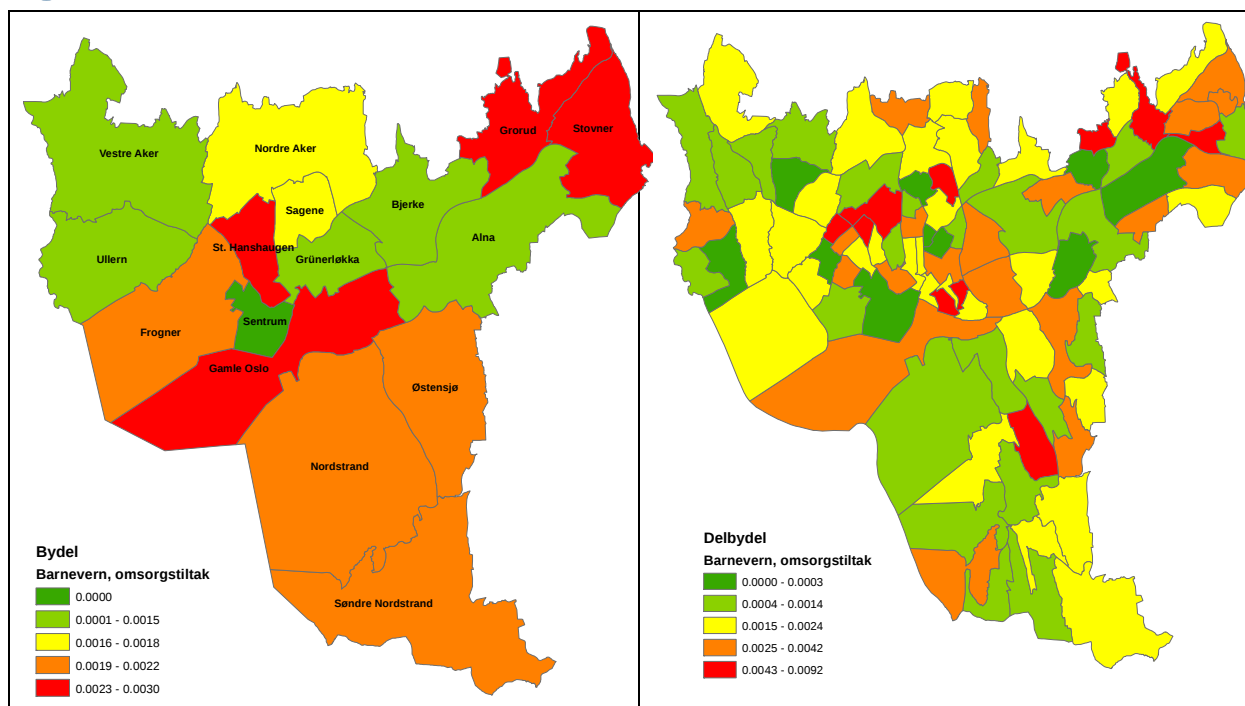
Med unntak av intern rangering i ressursbruk per innbygger for bydelene i Groruddalen følger ressursbruken omtrent samme mønster som man så i ressursbruken innen FO1 (helse, sosial og nærmiljø) i forrige delavsnitt, dvs. bydeler som benytter relativt mye ressurser innen FO1, benytter også relativt mye ressurser innen FO2B.

Generelt har bydelene hatt en jevn vekst i ressursbruken per innbygger over perioden 2010-2013 (ikke vist i figur).

Figur 4.8 og Figur 4.9 presenterer kartdata på dekningsgrader i forhold til innbyggere mellom 0 og 22 år for henholdsvis hjelpetiltak og omsorgstiltak. Bydel Søndre Nordstrand har høyest dekningsgrad for hjelpetiltak, mens bydelene Gamle Oslo, St. Hanshaugen, Grorud og Stovner har flest omsorgstiltak i forhold til antall innbyggere i alderen 0-22 år. Hyppigheten av hjelpetiltak er lavest i Vestre Aker og Nordre Aker.



Figur 4.8 Dekningsgrad hjelpetiltak i barnevernet i 2011. Andel av populasjon 0 – 22 år.



Figur 4.9 Dekningsgrad omsorgstiltak i barnevernet i 2011. Andel av populasjon 0 – 22 år.

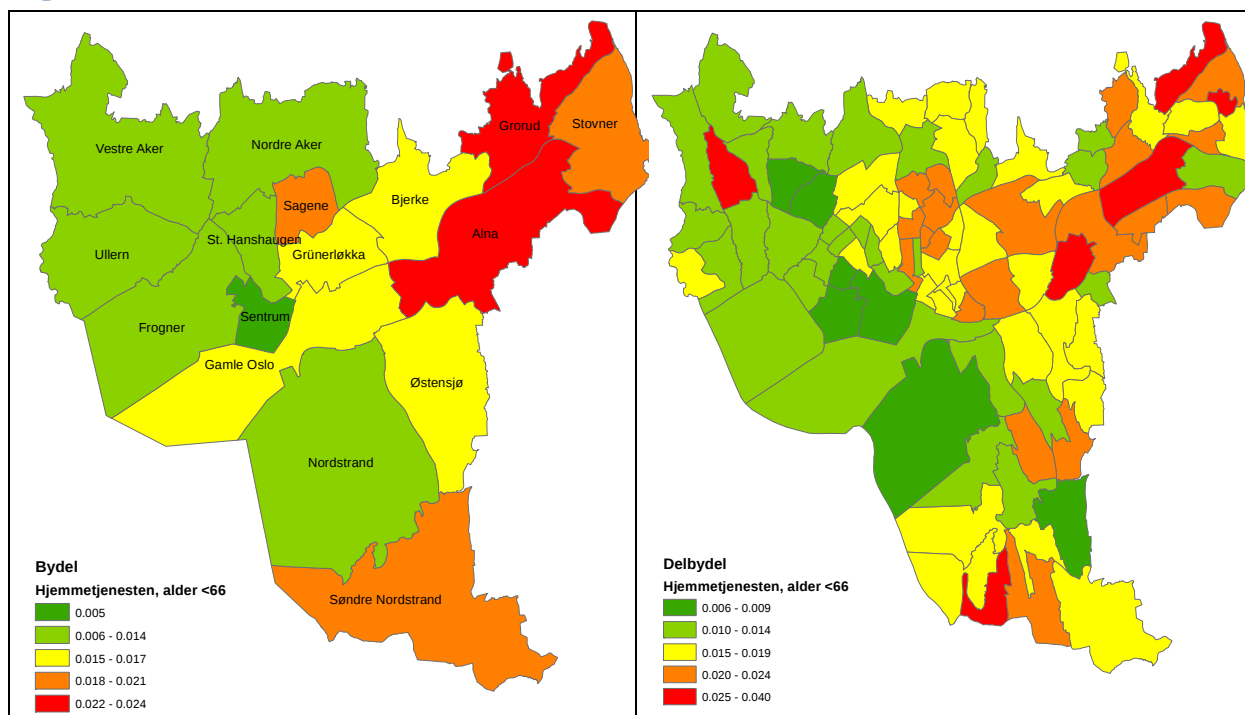
Kartene av delbydeler (Figur 4.8 og Figur 4.9) viser klynger med høye andeler for hjelpetiltak, mens det er større spredning i de delbydelene som ligger høyt innen omsorgstiltak.

4.2.3 FO3 – Pleie og omsorg

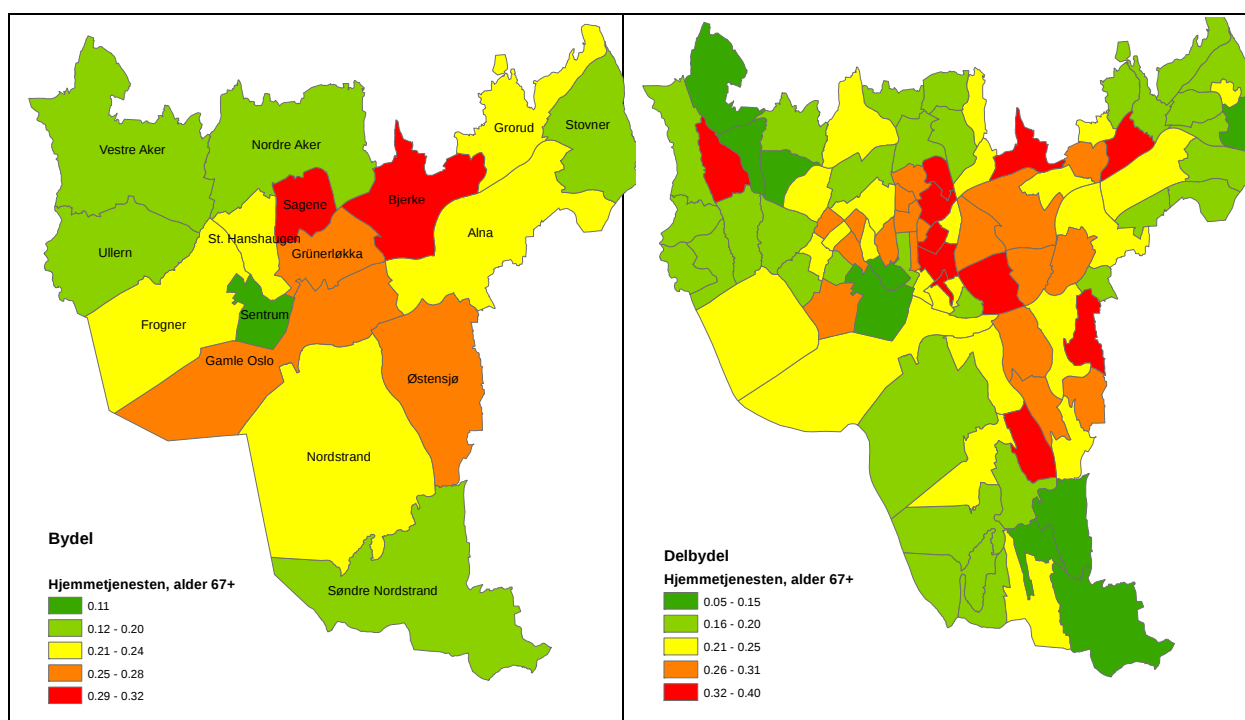
I dette avsnittet vil vi presentere netto driftsutgifter og kartdata på blant annet dekningsgrader innen funksjonsområde 3 (pleie og omsorg). Pleie og omsorg er den største kommunale sektoren og utgjør en meget stor andel av bydelenes ressursbruk. I motsetning til de øvrige funksjonsområdene er det også relativt stor forskjell mellom brutto og netto driftsutgifter i denne sektoren. Dette har sammenheng med utbredt brukerbetaling, da særlig i institusjonssektoren hvor beboere normalt betaler en stor andel av sin inntekt i brukerbetaling/husleie.

Høyest driftsutgifter per innbygger rapporteres i 2013 å være i bydelene Grorud og Østensjø, som begge hadde netto driftsutgifter per innbygger på vel 15 000 kroner i 2013. Bydelene med relativt lav ressursbruk er St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Grünerløkka og Søndre Nordstrand. Her varierer netto driftsutgift per innbygger mellom 7 600 og 9 500 kroner.

Ressursbruken så ut til å variere relativt likt mellom bydelene på FO1 og FO2B. Vi finner ikke et slikt mønster når vi sammenlikner FO3 mot disse funksjonsområdene. Kriteriene under FO3 i kriteriesystemet er i stor grad basert på befolkningens alderssammensetning, samt en blanding av andre kriterier (mottakere av hjelpestønad, utviklingshemmede, ikke-gifte eldre, uføre og utdanning, samt en dødelighetsindeks). Nøkkelen som bestemmer fordelingen av midler i FO3 er for komplisert og fininnstilt til at man kan se tydelig samvariasjon mellom ressursbruk og ulike mål på befolkningssammensetning presentert i foregående delkapittel. Et eksempel på slik samvariasjon er imidlertid at en høy andel eldre i Østensjø ser ut til å medføre relativt høy ressursbruk i FO3.

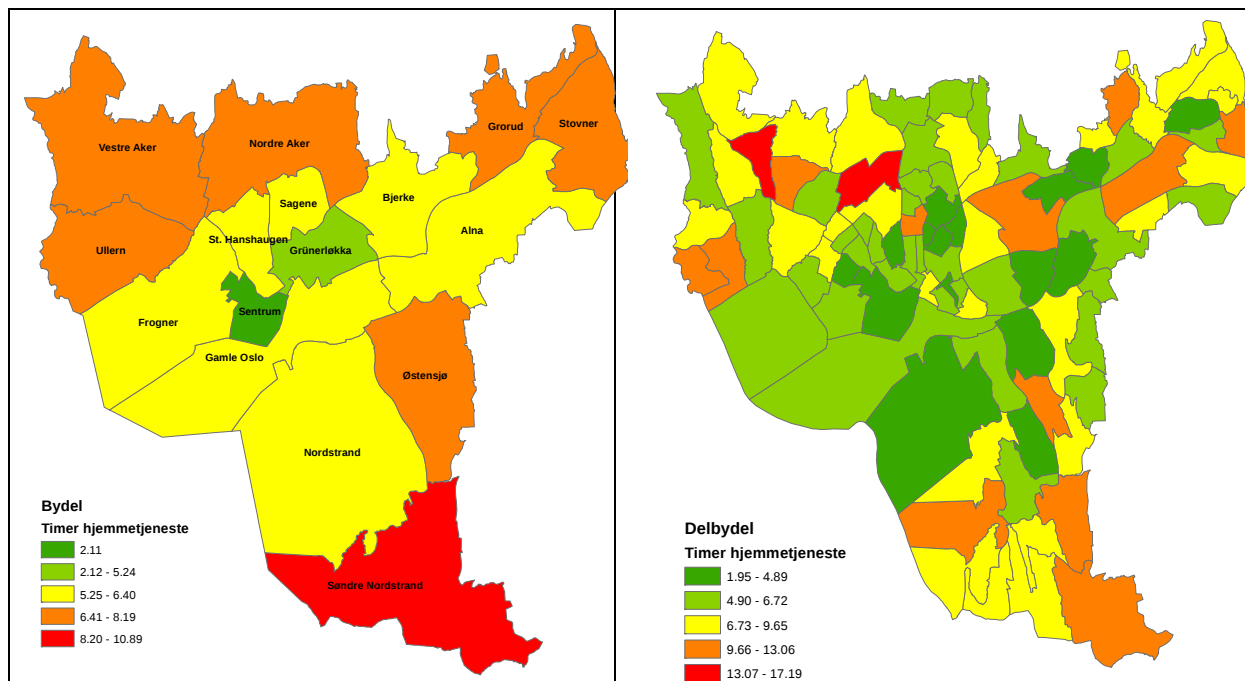


Figur 4.10 Dekningsgrad hjemmetjenesten for yngre brukere (opp til 66 år) i 2012. Andel av populasjon 0 – 66 år.



Figur 4.11 Dekningsgrad hjemmetjenesten for eldre brukere (67 år +) i 2012. Andel av populasjon 67 år og eldre.

Av Figur 4.10 kan man se de høyeste konsentrasjonene av yngre brukere i de nordøstlige bydelene, samt i Sagene og Søndre Nordstrand. Dette overlapper til dels med fordelingen for de eldre brukerne (Figur 4.11), men bydeler som Stovner og Søndre Nordstrand har relativt små andeler brukere i dette alderssegmentet. I tillegg har bydeler som Frogner, Østensjø og Nordstrand relativt sett flere brukere blant disse alderskohortene.

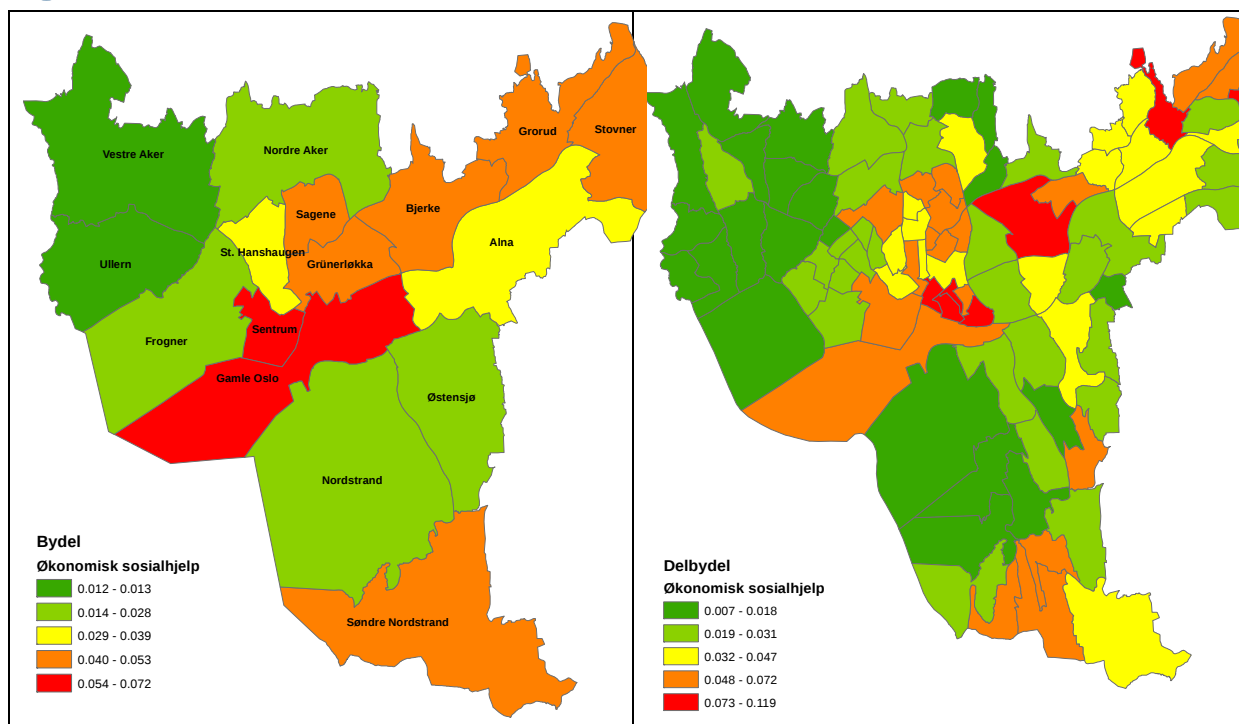


Figur 4.12 Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjenester per uke blant brukere i 2012.

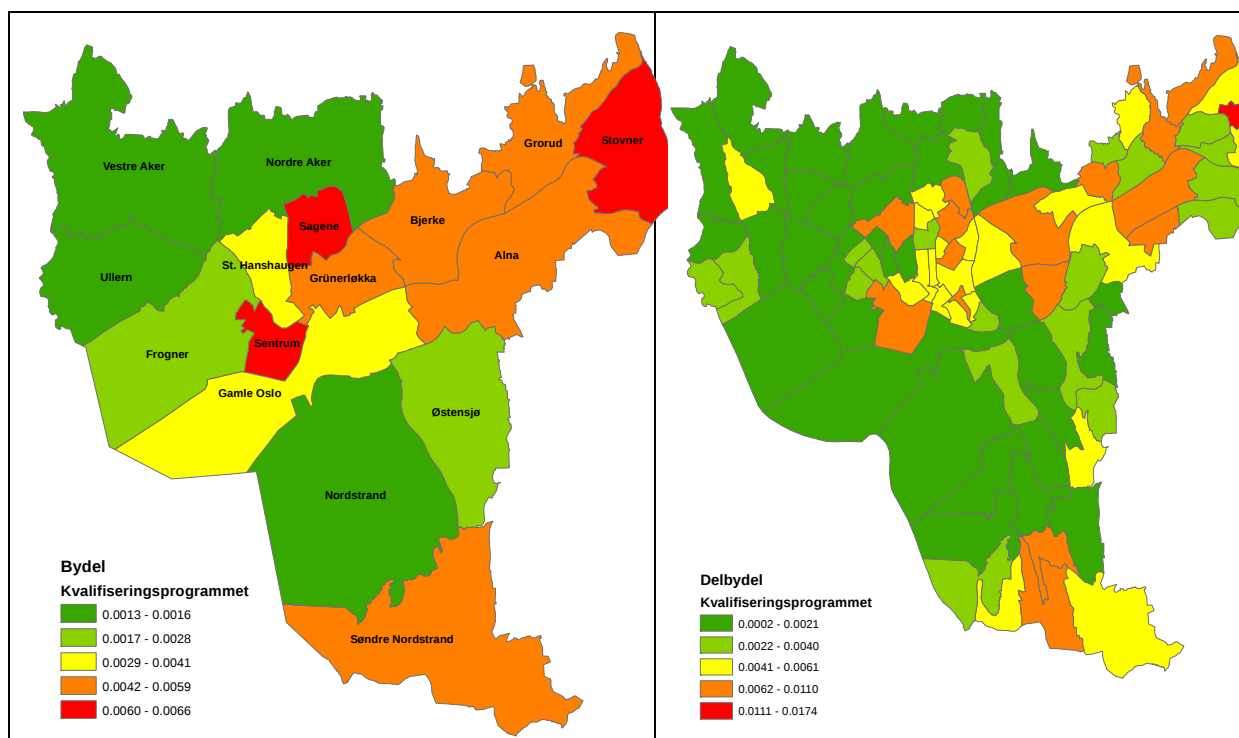
Mønsteret for gjennomsnittlig antall timer hjemmetjenester per uke (Figur 4.12) samsvarer til dels med forbruksmønsteret representert i form av dekningsgrader for yngre hjemmetjenestemottakere, men det er et klart avvik i dette mønsteret for vestlige bydeler som Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker som generelt har lave dekningsgrader i hjemmetjenesten, men som allikevel ligger høyt i timegjennomsnitt.

4.2.4 FO4 – Økonomisk sosialhjelp og KVP

Netto driftsutgifter per innbygger (18-67 år) innen funksjonsområde 4 (økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogrammet) er presentert i den siste grafen i Figur 4.7. Ressursbruken på FO4 ser ut til å følge samme variasjonsmønster på tvers av bydelene som innenfor FO1 og FO2B. Det er også svært store relative forskjeller mellom bydelene. Mens netto driftsutgifter per innbygger i 2013 var om lag 4 200 kroner i Gamle Oslo, utgjorde utgiftene kun mellom 500 og 1 000 kroner per innbygger i bydelene Ullern, Vestre Aker, Nordre Aker og Nordstrand. Som en kan se i Figur 4.13 og Figur 4.14 så er bildet med relativt høy ressursbruk i de sentrumsnære bydelene, bydelene lokalisert i Groruddalen, samt Søndre Nordstrand også betegnende for økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogrammet.



Figur 4.13 Dekningsgrad økonomisk sosialhjelp i 2012. Andel av populasjon 18 – 66 år.



Figur 4.14 Dekningsgrad Kvalifiseringsprogrammet i 2012. Andel av populasjon 18 – 66 år.

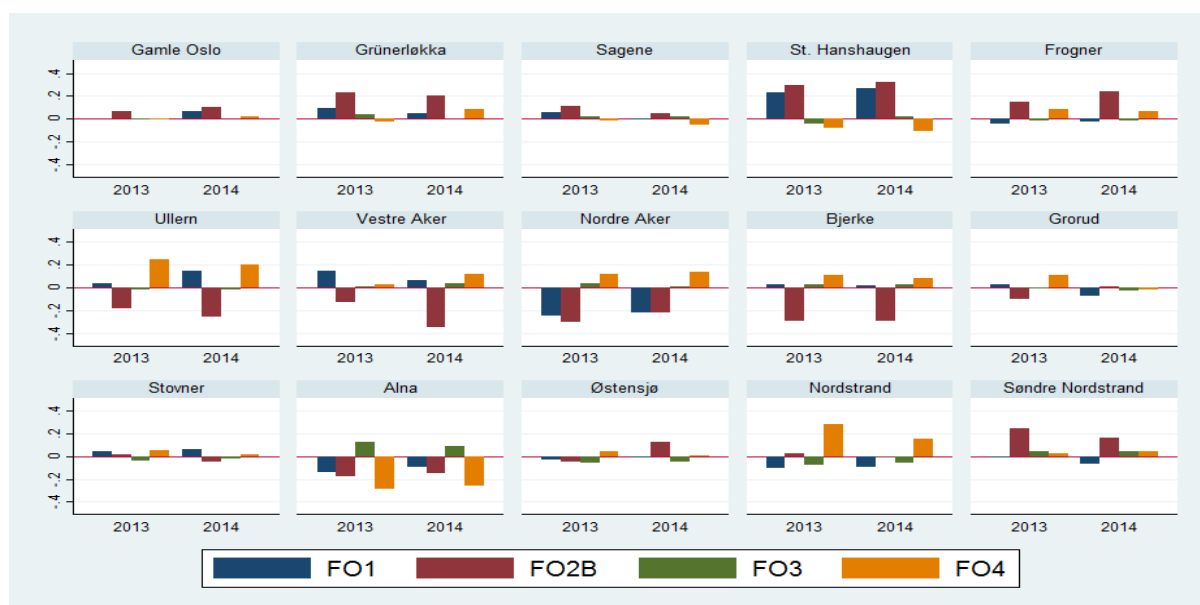
Ikke overraskende er det stor grad av overlapp i mønsteret for dekningsgrader for økonomisk sosialhjelp og Kvalifiseringsprogrammet. De østlige bydelene, bortsett fra Nordstrand og Østensjø ligger høyt, mens vestlige bydeler har lave andeler.

4.3 Bydelenes utgifter og beregnet utgiftsbehov

I en evaluering av Oslos kriteriesystem vil det også være informativt å se nærmere på sammenhengen mellom bydelenes faktiske utgifter og hva dagens kriteriesystem faktisk predikerer. Hvis det for bydelene er systematiske avvik mellom faktisk ressursbruk og predikert ressursbruk fra

kriteriesystemet, kan dette tyde på at dagens system har et forbedringspotensial. Men en slik studie tar ikke hensyn til særskilte tildelinger, og spesielt ikke lokale prioriteringer. Ressurser blir gitt som en ramme bydelene selv skal prioritere innenfor, og man vil følgelig vente avvik fra predikert ressursbruk uansett hvor godt et kriteriesystem er utformet.

I Figur 4.15 presenterer vi en sammenstilling av bydelenes faktiske regnskapsandel i forhold til predikert regnskapsandel innenfor hvert funksjonsområde for årene 2013 og 2014. En positiv verdi indikerer at en bydels regnskapsandel har vært større enn kriteriesystemets predikerte andel. Dette vil følgelig avhenge både av bydelens, men også alle andre bydelers ressursbruk innenfor funksjonsområdet. En verdi på Y-aksen på 0,2 indikerer at regnskapsandelen har vært 20 prosent høyere enn predikert utgiftsandel. Det er også verdt å nevne at man i figuren vil vente de største avvikene innen de minste funksjonsområdene, målt i utgifter, ettersom man her ser på relative forskjeller. Eksempelvis vil et avvik på ti millioner kroner slå relativt mye kraftigere ut på FO4 enn på FO3.



Figur 4.15 Prosentvis avvik mellom bydelenes andel av regnskapsført netto driftsutgift og kriteriesystemets predikerte budsjetandelen

Figuren viser at det er betydelige utslag mellom de ulike funksjonsområdene for flere av bydelene. For eksempel vises det til betydelige utslag i St. Hanshaugen hvor figuren indikerer at bydelens predikerte utgiftsbehov innen FO1 og FO2B er noe lavt ettersom man ser avvik av samme størrelse for både 2013 og 2014. Dette blir delvis balansert ved at ressursbruken innen FO4 er litt lavere enn predikert. Generelt synes det som at avvikene innen hver bydel er rimelig stabile fra 2013 til 2014.

Et annet eksempel er Alna hvor stort positivt avvik i FO3 er balansert med negative avvik i øvrige funksjonsområder, uten at vi kan si om dette skyldes dårlig prediksjon i dagens kriteriesystem, lokale prioriteringer eller andre forhold. I andre bydeler, som Gamle Oslo, Sagene, Grorud og Stovner, synes det som ressursbruken innenfor hvert funksjonsområde har vært nokså presist angitt av dagens kriteriesystem.

4.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi presentert en rekke bydelsstatistikker på både innbyggerne, ressursbruk og tjenestekonsum innenfor de aktuelle funksjonsområdene og indikasjoner på hvilke funksjonsområder og i hvilke bydeler det er avvik mellom kriteriesystemets predikerte ressursbehov og regnskapsførte utgifter.

Som en følge av store forskjeller i befolkningssammensetning, både med hensyn til alder, sosioøkonomisk bakgrunn, inntekt og eksempelvis bruk av ulike stønadsordninger er det også store forskjeller i hvor mye ressurser hver bydel bruker målt per innbygger. Et interessant trekk er at

ressursbruken ser ut til å samvarierte ganske klart på tvers av bydelene innen FO1, FO2B og FO4, men ikke for FO3. Dette kommer også ganske godt frem når vi studerte ulike dekningsgrader på både bydels- og delbydelsnivå presentert i kart. Dette er viktige observasjoner å ta med seg når vi senere i rapporten evaluerer nye kriterier og vurderer potensielle fordelingsvirkninger.

Et interessant trekk vi fant når vi studerte bydelenes faktiske ressursbruk og predikerte utgiftsbehov basert på dagens kriteriesystem var at over- og underforbruk varierte relativt lite fra 2013 til 2014 innen hver bydel. For enkelte bydeler er det også store avvik mellom disse størrelsene. Dette indikerer at kriteriesystemet kan ha et forbedringspotensial ved enten å inkludere nye relevante kriterier, fjerne eksisterende kriterier og/eller justere vektingen av gjeldende kriteriesett.

5 Bydelenes oppfatning av kriteriesystemet

Som en del av prosessen med å etablere en situasjonsforståelse, ble det tidlig i prosjektet gjennomført intervjuer med representanter fra utvalgte bydeler. I det følgende gir vi en vurdering av eksisterende kriterier basert på disse intervjuene. Hensikten med intervjuene var blant annet å få bydelenes egen vurdering av årsaker til avvik mellom budsjettildeling og ressursbruk, og gi bydelene en mulighet å komme med innspill til eventuelle andre kriterier som potensielt kan fange opp behovene bedre.

Vi gir først en kort beskrivelse av valg av case og hvordan intervjuene var strukturert, før vi gir en samlet oppsummering av intervjuene. Det er viktig å presisere at oppsummeringen av intervjuene gjengir bydelenes oppfatning av kriteriene og hvordan disse slår ut. Det vil være tilfeller hvor disse oppfatningene er i strid med den faktiske intensjonen. At det i noen tilfeller er avvik mellom intensjonen og hvordan det faktisk oppfattes lenger ned i systemet, kan også tolkes som et signal om at ikke alt fungerer etter intensjonen, eller at fordelingsvirkninger av forskjeller i kriterievekter og kriterieandeler ikke er kommunisert godt nok ut til bydelene.

5.1 Valg av case

Utvalget av bydeler er basert på en sammenligning av faktisk ressursbruk og kriteriefordelt tildeling på de enkelte funksjonsområder. Innen hvert funksjonsområde ønsket vi å ha minst én bydel som var representert med underforbruk, én bydel som var representert med normalforbruk og én bydel som var representert med overforbruk. Underforbruk innebærer at faktisk forbruk innen et funksjonsområde er lavere enn kriterietildelt budsjett på det aktuelle funksjonsområdet. Tilsvarende er overforbruk representert ved at bydelen bruker flere midler innen et funksjonsområde enn det kriterietildelte budsjettet, mens normalforbruk tilsier at det er godt samsvar mellom faktisk ressursbruk og budsjettildeling. Utgangspunktet for dette utvalgs Kriteriet var at en slik sammenligning kunne sette oss på sporet av forhold som gjør at dagens kriterier ikke treffer like godt for alle bydeler.

For å minimere sannsynligheten for at tilfeldig variasjon forklarer overforbruk eller underforbruk ble data for tre regnskapsår lagt til grunn for beregning av forbruk relativ til tildeling.

I tillegg til hovedkriteriet om forhold mellom ressursbruk og kriterietildelt budsjett, var det også andre viktige forhold som var avgjørende for det endelige valget av bydeler. Bydelene og deres befolkning er svært ulike, det var derfor viktig også å sørge for at det var en viss geografisk spredning på casebydelene. I dialog med oppdragsgiver ble til slutt seks bydeler valgt: Vestre Aker, Frogner, Gamle Oslo, Alna, Grorud og Søndre Nordstrand.

Tilbud om å delta i casestudien ble sendt til Bydelsdirektøren i de seks bydelene. I henvendelsen til bydelen ba vi om intervju med nøkkelperson(er) med god kjennskap til ressursbehovet og tjenesteforbruket i bydelen for de aktuelle funksjonsområdene. Alle bydelene takket ja til deltakelse, men det var stor variasjon i hvor mange personer for bydelen som deltok i intervjuene. På det meste var det ni representanter til stede for bydelen, men ingen bydeler var representert med færre enn to personer. Bydelsdirektøren var til stede i fem av seks bydeler. Også økonomisjef og bydelsoverlege deltok fra flere bydeler.

FO2B kom inn i prosjektet etter at bydelene var valgt og intervju om FO1, FO3 og FO4 var gjennomført. Det ble besluttet å gjennomføre intervjuer om FO2B med de samme seks bydelene. Mens intervjuene om funksjonsområdene 1, 3 og 4 ble gjennomført separat for hver enkelt bydel, ble intervju om FO2B avholdt som ett intervju med de seks casebydelene representert samtidig.

Intervjuene startet med at bydelene fikk mulighet til å gi en generell vurdering av kriteriesystemet som budsjettfordelingsmodell, etterfulgt av en mer systematisk gjennomgang av de ulike kriteriene i kriteriesettene for de fire funksjonsområdene FO1, FO2b, FO3 og FO4. I etterkant av intervjuet skrev vi en oppsummering for den enkelte bydel som ble tilsendt bydelen for gjennomlesing og eventuelt korrigering/presisering i de tilfellene hvor bydelen mente seg feiltolket eller noe viktig var utelatt. Det ble presisert at oppsummeringen kunne tenkes å inngå som vedlegg eller bakgrunnsnotat for sluttrapporten. Det ble i eposten forutsatt at ingen tilbakemelding innebærer at de kan stå inne for det vi hadde skrevet i oppsummeringen.

Vedlegg B inneholder blant annet informasjonen som ble sendt bydelene i forkant av den innledende casestudien. Vedlagt i B.1 ligger invitasjonen (epost) som ble sendt til Bydelsdirektørene i de seks bydelene vi inviterte til å delta i casestudien, mens B.2 gjengir intervjuguiden som lå til grunn for intervjuene, og som bydelene fikk i forkant av intervjuet.

5.2 Hva tar vi med oss i den videre analysen?

En detaljert oppsummering av bydelenes beskrivelse av kriteriesystemet etter funksjonsområde er gjengitt i Vedlegg B.3. I det følgende avsnittet velger vi å gi en kort oppsummering av casestudien med fokus på de innspill vi tar med oss i den videre analysen.

Som beskrevet over var bydelene valgt ut etter hvordan faktiske utgifter samsvarte med de kriteriefordelte tildelingene (underforbruk, normalforbruk og overforbruk) i årene 2010-2012. I utgangspunktet hadde vi derfor en forventning om at disse variasjonene ville gjenspeile seg i svarene fra de ulike bydelene. Dette viste seg i liten grad å være tilfelle, og det var ingen systematiske forskjeller å spore mellom bydelene etter hva slags forbruk de hadde. I og med at bydelene har mulighet til å omdisponere midler mellom funksjonsområdene og også søke ekstra midler gjennom statlige tilskuddsordninger etc., kan selvsagt "underforbruk" og "overforbruk" reflektere lokale prioriteringer. Dette ble til en viss grad belyst gjennom intervjuene, men i og med at det ikke var noen systematiske forskjeller, så var det vanskelig å identifisere hvorvidt kriterievekter, manglende kriterier eller spesielle forhold ved tjenesteproduksjonen eller befolkningen bidro til forskjellen mellom tildeling og forbruk. Likevel fikk vi gjennom intervjuene et nyttig innblikk i hvordan kriteriesystemet ble oppfattet blant bydelene, og hva bydelene mente fungerte eller ikke, samt nye utfordringer som dagens system ikke tar høyde for. I det følgende vil vi gi en kort oppsummering av hovedtrendene i intervjuene, og en vurdering av hvorvidt de forhold som ble påpekt av bydelene kan være mulig (og eventuelt ønskelig) å vurdere for et revidert kriteriesystem.

I samtalene om kriteriesystemet ble det trukket fram flere grupper med store tjenestebehov, som etter bydelenes oppfatning ikke fanges godt nok opp med dagens kriteriemodell. Gruppene representerer delvis befolkningsendringer som ikke fanges opp godt nok av dagens etterspørselskriterier, som økende heterogenitet i behovet blant innvandrere, og økende sosial ulikhet innenfor helse. Dette gjaldt blant annet eldre med kognitiv svikt og rusproblemer, personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser, barn med stort hjelpebehov på grunn av fysiske og psykiske funksjonshemninger, og innvandrere med kort botid og lav utdanning.

I tillegg beskrev noen bydeler en situasjon der ressurssterke innbyggere flytter ut, og ressursvake innbyggere med omfattende behov for tjenester flytter inn. Dette gjaldt særlig innvandrerbefolkningen. En enkel forklaring på dette fenomenet kan være at bydelsadministrasjonen i større grad legger merke til innflyttere med hjelpebehov enn innflyttere som stort sett klarer seg selv. Det er likevel verdt å merke seg at flyttestrømmer og boligmarked ble nevnt i nesten alle intervjuene. Boligpriser påvirker hvem som har råd til å bo i bydelen, boligstandard påvirker effektivitet i hjelpetjenesten og hvor lenge eldre kan bo hjemme, mens boligstørrelse og -priser kan påvirke gjennomsnittsstørrelsen på familier bosatt i bydelen. Det er likevel ikke ønskelig å benytte boligpriser direkte i kriteriesystemet siden variasjoner i boligpriser fanger opp mye mer enn variasjoner i tjenestebehov.

Flere av bydelene snakket også om behovet for forebyggende arbeid, og mente at dette ikke er tilstrekkelig prioritert i dagens system. Forebygging faller typisk inn under FO1 og FO2, mens manglende eller utilstrekkelig forebygging typisk gir seg utslag i økt forbruk innenfor FO3 og FO4. Innenfor FO2b uttrykte bydelene bekymring for at store utgifter til barnevern kunne føre til nedprioritering av forebyggende tiltak. Det er samtidig viktig å poengtere at tildelingene gjennom kriteriesystemet er en rammetildeling hvor bydelene har frihet til å omdisponere midler mellom funksjonsområder for å tilpasse tjenestene best mulig til sine innbyggere. Dimensjoneringen av forebygging kan derfor i noen grad tilpasses av bydelene. Disse innspillene kan reflektere behovet for å vurdere endring på hva som inngår under det enkelte funksjonsområde.

I tillegg til å velge ut bydelene ut fra samsvar mellom tildeling og forbruk, var også den geografiske og sosioøkonomiske dimensjonen viktig i valget av bydeler. Hovedtrekkene i lys av den geografiske dimensjonen er at sentrumsbydelene synes å ha noen ekstra utfordringer, særlig med tanke på

storbymedisin og arbeidsinnvandring. Begrepet storbymedisin fanger opp det kan være ekstra utfordringer å tilby helsetjenester i storbyer som følge av store sosioøkonomiske forskjeller og store helseforskjeller. Et konkret eksempel er rusmisbrukere som ofte trekker mot storbyene, og som kan ha utfordringer med å bruke den vanlige helsetjenesten på de premisser den tilbys. Se Sundar (2007) for en diskusjon av de store helsekontrastene i Oslo samt tre fastlegers beskrivelse av hva de legger i begrepet storbymedisin. For å prøve å fange opp storbymedisin ser vi for oss at variabler som fanger opp sykdomsforekomst kan være relevante, og da særlig rus og psykiatri. Når det gjelder arbeidsinnvandrere som ikke har opptjent rettigheter i folketrygden forventes det at arbeidsledighet kan utløse behov for sosialhjelp. Arbeidsledighet er et område som det foreligger statistikk på, og som det kan være relevant å se i sammenheng med etterspørsel etter tjenester på FO4.

Bydeler med en stor innvandrerbefolkning trakk frem stor heterogenitet blant innvandrerne, hvor mange innvandrere er godt integrerte og ikke etterspør flere tjenester enn de fleste etnisk norske innbyggerne. Det ble etterspurt kriterier som i større grad fanger opp heterogeniteten i denne gruppen. Blant annet ble botid trukket frem som en indikator på tjenestebehov. Et kriterium som fanger opp botiden til innvandrerne vil oppfylle kriteriet om objektivitet, og dette er også noe det foreligger statistikk på. Dette er noe som vil testes i de individbaserte analysene i kapittel 7, der botid blir forsøk inkludert som forklaringsvariabel. Det vil særlig være innenfor FO1, FO2B og FO4 at dette kriteriet ønskes å testes ut. Det ble også diskutert andre kjennetegn ved innvandrerfamilier som bydelene mente hadde sammenheng med tjenestebehovet, blant annet analfabetisme og språkproblemer. Dette er kjennetegn som det vanskeligere lar seg gjøre å finne god statistikk på, og som det derfor vil være vanskeligere å teste ut i den empiriske analysen. Vi vil i regresjonsanalysen søke å finne kriterier som bedre fanger opp heterogeniteten i tjenestebehovet blant innvandrerbefolkningen.

Vi benyttet også intervjuene med bydelene til å høre bydelenes vurdering av forslag om sykdomsinformasjon basert på reseptuttak som mulig kriterium for å fange opp forskjeller i sykkelighet mellom bydelene, samt hva bydelene tenkte om frafall fra videregående skole og tjenestebehov. Alt i alt var responsen god ute i bydelene, men i forhold til reseptuttak ble det påpekt forskjeller i tilbøyelighet til å oppsøke lege etter sosioøkonomisk bakgrunn, og at dette kan føre til uønsket skjevfordeling. For frafall var forståelsen i bydelene at mange i denne gruppen ender opp med behov for sosialhjelp. I de påfølgende individanalysene vil vi med utgangspunkt i informasjonen fra bydelene teste ut hvorvidt botid, frafall fra videregående opplæring, arbeidsledighet, familiestørrelse og flytting har betydning for tjenestebehov innenfor de aktuelle funksjonsområdene. I tillegg vil vi ha særlig fokus på kriterier som i bedre grad kan fange opp tjenestebehov blant yngre brukere innen FO3.

6 Kvalitet og kvantitet i bydelenes tjenesteproduksjon

Det er en økende oppmerksomhet rundt kvalitet i offentlige og kommunale tjenester. Dette gjelder selvfølgelig også i Oslo kommune. Blant annet vedtok bystyret i sak 237 12.06.2013 følgende: «I ny evaluering av kriteriesystemet for bydelene skal det inngå undersøkelser om hvorvidt bydelene innenfor dagens kriteriesystem og bevilgninger har økonomi til å gi innbyggerne den tjenesteyting de har rett og krav på, og med en akseptabel standard, og i hvilke sektorer man har sett de største innsparingene som følge av dagens kriteriesystem.». Den vedtatte verbalen er hovedårsak til at vi i dette kapittelet gjør vurderinger av tjenesteproduksjonen i Oslo og bydelene.

Generelt defineres kvalitet som egenskaper ved tjenesten som vedrører dens evne til å tilfredsstille krav eller behov. Oslo kommune yter en rekke tjenester på tvers av ganske ulike bydeler. På samme vis som sentrale myndigheter fordeler midler mellom norske kommuner etter sett av objektive kriterier, fordeler Oslo kommune midler mellom bydelene etter sitt eget kriteriesystem. Et kriteriesett som best mulig fanger opp de reelle behovene for tjenester er avgjørende for at innbyggere på tvers av kommuner eller bydeler skal kunne ha et likeverdig tjenestekonsum for gitt behov. For innbyggerne er det tre aspekter ved tjenestene som er viktig: kvantitet, produktkvalitet og resultatkvalitet. Med produktkvalitet menes egenskaper ved tjenesten som er viktig for brukeren, og defineres ved tjenestens innhold og service. Med resultatkvalitet menes den virkning eller det resultat leveransen av tjenesten har for brukeren. Resultatkvalitet defineres gjerne ved den behovsdekningen som er oppnådd ved hjelp av tjenesten.

Det er vanskelig å komme med et korrekt svar på hvorvidt bydelene har økonomi til å gi innbyggerne den tjenesteyting de har rett og krav på, og med en akseptabel standard. For å komme nærmest et korrekt svar hadde det trolig vært nødvendig med en revisjon/vurdering av bydelenes enkeltvedtak. I tillegg er det reelle behovet for tjenester trolig større enn observert behov som en følge av at enkelte personer ikke etterspør tjenester. Særlig vil dette gjelde innen barnevern ettersom mottakere av barnevernstjenester ofte ikke etterspør tjenesten selv, men at det offentlige velger å gjøre undersøkelser og eventuelt intervensjoner på bakgrunn av annen informasjon. Vi vil i dette kapittelet forsøke å belyse problemstillingen på et mer aggregert nivå gjennom; i) å sammenlikne indikatorer innenfor ulike sektorer som skal fange opp både tjenestenivå og kvalitet, både på tvers av bydeler og sammenliknet med øvrige storbykommuner, og ii) benytte informasjon om tjenesteomfang og kvalitet fra respondentene i casestudiene som ble gjennomført.

Innen en rekke sektorer er det relativt enkelt å måle hvor mye tjenester som produseres (kvantitet). Dette kan for eksempel være antall timer hjemmesykepleie eller antall oppholdstimer i barnehage. Man kan ikke trekke en konklusjon om at innbyggerne får de tjenestene de har krav på av en slik sammenlikning, men det sier noe om at enkelte bydeler har et relativt høyt tjenestenivå sammenliknet med andre bydeler og kommuner. I motsatt fall er det ofte veldig vanskelig å måle de kvalitative aspektene ved tjenesteproduksjonen. Det finnes imidlertid en del indikatorer som publiseres av KOSTRA og KS sitt ASSS-nettverk som vi vil sammenlikne på tvers av bydeler og mot andre storbykommuner.³

Et siste aspekt ved vurdering av tjenestenes kvalitet er hvorvidt tjenestemottakerne får det de har krav på basert på et faglig skjønn og hva de etter lov har krav på sett opp mot brukernes ønskede tjenestenivå. I pleie og omsorgssektoren kan det for eksempel være god kvalitet/tjenesteutøvelse å gi et tjenestenivå som aktiviserer mottakeren fremfor å tilby et "ønsket" tjenesteomfang. Slike spørsmål vil man ikke kunne besvare ved hjelp av offentlig tilgjengelige data, men her har informanter i caseundersøkelsene bidratt med informasjon.

³ ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. Nettverket består av de ti største kommunene i Norge; Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø.

6.1 Produksjonsindeks og kvalitetsindikatorer – Oslo og ASSS

I dette delkapittelet vil vi relatere Oslo kommunes beregnede tjenesteproduksjon i en såkalt produksjonsindeks for å kunne sammenlikne tjenesteproduksjonen med andre storbykommuner. I tillegg vil en rekke kvalitetsindikatorer som publiseres av KS sitt ASSS-nettverk benyttes til å vurdere kvalitative aspekt ved Oslo kommunes tjenesteproduksjon. Informasjonen i dette kapittelet er dermed i hovedsak basert på kommunerapportene fra ASSS-nettverket.

KS sitt ASSS-nettverk er en samling av de ti største kommunene i Norge. Gruppen har gjennom årene blant annet utredet en såkalt produksjonsindeks etter samme metode som opprinnelig ble utarbeidet for Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU).⁴ Produksjonsindeksen er en indikator for samlet kommunalt tjenestetilbud i enkeltsektorer, og kan være et nyttig supplement til mer detaljerte indikatorer for tjenestetilbud i enkeltsektorer. Selv om indeksen skal være en sektorovergripende produksjonsindikator, er den basert på delindekser for et utvalg sektorer. Delindeksene på sektornivå påvirkes av kommunenes prioritering mellom sektorer, men ettersom samlemålet inneholder en rekke sektorer vil dette normalt være mindre følsomt for ulike prioritering.

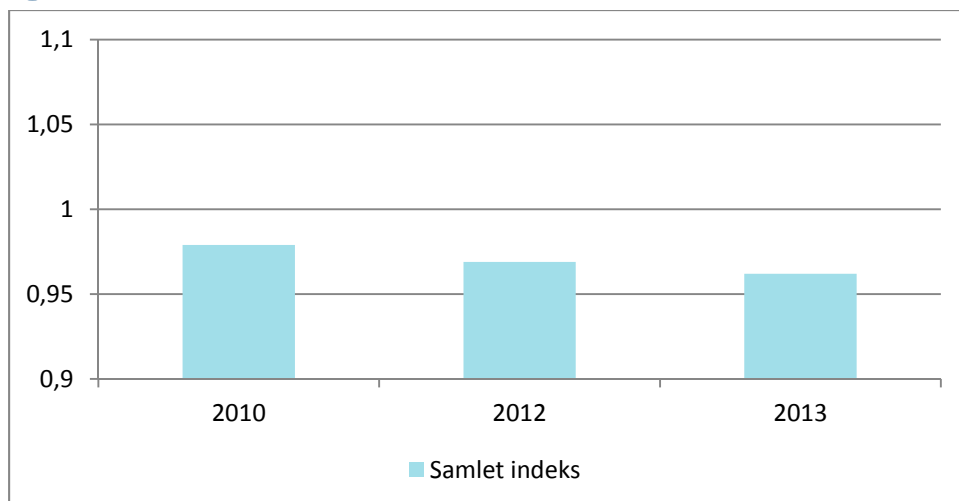
I produksjonsindeksen er det normalt at de ulike indikatorer på produksjon blir sett i forhold til et behovskorrigert innbyggertall og deretter sammenliknet med gjennomsnittet for alle kommuner. Det behovskorrigerte innbyggertallet er utledet på bakgrunn av etterspørselsfunksjoner som inngår i kommunenes inntektssystem (kostnadsnøklene i utgiftsutjevningen). Denne behovskorrigeringen kan illustreres med utgangspunkt i pleie- og omsorgssektoren. En kommune med en stor andel av befolkningen over 80 år vil normalt oppleve en høyere etterspørsel etter sykehjemsplasser enn en kommune med en liten befolkningsandel over 80 år gitt samme folketall i begge kommuner. Likedan er det også gjort analyser som finner at jo flere ikke-gifte eldre en kommune har, jo høyere er etterspørselen etter institusjonstjenester. Slike etterspørselsfaktorer er det korrigert for når tjenesteproduksjonen sammenliknes i den aktuelle produksjonsindeksen.

Produksjonsindeksen er konstruert slik at gjennomsnittlig produksjon summerer seg til 1. En verdi under 1 indikerer dermed at produksjonen er lavere enn snittet for ASSS-kommuner, mens en verdi over 1 indikerer at produksjonen har vært høyere enn snittet for de ti storbykommunene. Det er viktig å presisere at ettersom indeksen ikke fanger opp alle elementer i kommunenes produksjon, verken kvantitativt eller kvalitativt, er det ikke gitt at produksjonsindeksen gir et helt korrekt bilde på produksjonen. I særlig grad gjelder dette for kvaliteten ved tjenestene ettersom det eksisterer relativt få aktuelle kvalitetsindikatorer for kommunal tjenesteproduksjon. Ettersom indeksen fanger opp tjenester som utgjør om lag 75 prosent av kommunenes totale ressursinnsats er det også rimelig å anta at oppnådd verdi på produksjonsindeksen kan være påvirket av prioriteringer, for eksempel ved at man har en bevisst satsing på tjenester som ikke inngår.

Når man ser på utviklingen i produksjonsindeksen over tid er det viktig å presisere at indikatorverdier hvert år relateres til gjennomsnittet av de inkluderte kommunene. Det vil si at en positiv endring i verdi fra et år til et annet for Oslo både kan skyldes økt produksjon i Oslo og/eller at øvrige kommuner i snitt har redusert produksjonen.

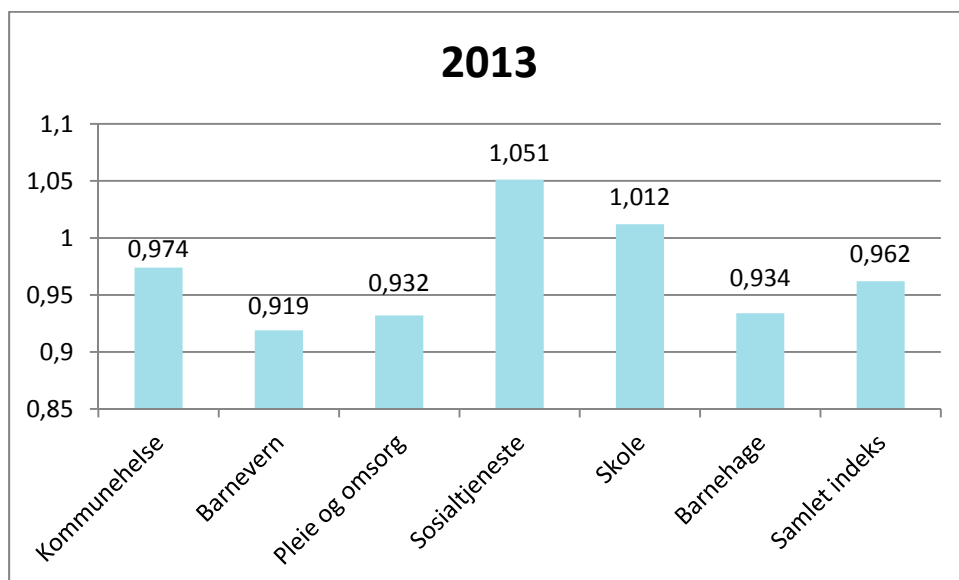
I Figur 6.1, som presenterer samlet indeksverdi, kommer det frem at indeksverdien for Oslo var 0,962 i 2013. Dette indikerer at produksjonen i Oslo kommune var nærmere fire prosent lavere enn snittet for de ti største bykommunene i Norge. Denne verdien har avtatt marginalt over tidsperioden 2010-2013. I de følgende avsnittene vil det presenteres hvordan Oslo kommune scorer i ASSS-nettverkets produksjonsindeks på sektornivå sammenliknet med de øvrige storbykommunene.

⁴ Se Borge, Nyhus og Tovmo (2011) for en nærmere beskrivelse av produksjonsindeksen og dens oppbygning.



Figur 6.1 Produksjonsindeks, samlet indeks, Oslo kommune

Kilde: Kommunerapport ASSS-nettverket, Oslo, rapporteringsårene 2012 og 2013, og Borge, Nyhus og Tovmo (2011)



Figur 6.2 Produksjonsindeks på sektornivå, Oslo kommune

Kilde: Kommunerapport ASSS-nettverket, Oslo, rapporteringsåret 2013

I Figur 6.2 presenteres Oslo kommunes score på produksjonsindeksen for hver sektor som inngår. Kort oppsummert kan man se at Oslo får en verdi over ASSS-gjennomsnittet for sosialtjeneste og skole, mens det angis at produksjonen i øvrige sektorer er litt lavere enn i øvrige storbykommuner. Med unntak av sektorene skole og barnehage, som er sektorer som ikke skal inngå i denne evalueringen, vil vi i de påfølgende avsnittene presentere og diskutere disse tallene mer inngående innenfor hvert funksjonsområde. Indeksen for skole og barnehage er likevel inkludert i figuren ettersom de er to viktige tjenester som vektet relativt tungt inn i anslaget på samlet indeksverdi.

FO1 Helse, sosial og nærmiljø

Produksjonsindeksen inkluderer ikke alle tjenesteområder som er kategorisert i Oslos funksjonsområde 1 (helse, sosial og nærmiljø). Dette skyldes i stor grad at det for mange av tjenestene ikke eksisterer gode indikatorer på produksjonen. Innenfor FO1-området er det kun inkludert indikatorer for kommunehelse i produksjonsindeksen. Indikatorsettet er basert på informasjon om timer utført av leger, fysio- og ergoterapeuter, samt antall kontroller/henseundersøkelser i

helsestasjon/skolehelsetjenesten (klassifisert under funksjonsområde 2B oppvekst i Oslo). Produksjonen er vurdert i forhold til et behovskorrigert innbyggertall (målgruppe).

For kommunehelsetjenester indikerer produksjonsindeksen at Oslo har en produksjon i sum litt under gjennomsnittet. Indeksen har i 2013 en verdi på 0,974 og indikerer at produksjonen er 2,6 prosent under gjennomsnittet for de ti største kommunene i Norge. For alle de tre årene som er rapportert i figuren indikerer indeksen at Oslos produksjon av primærhelsetjenester har vært under, men meget nær, gjennomsnittet. Indeksverdien har kun endret seg marginalt fra år til år, men da med en marginal økning fra 2012 til 2013.

Mens innsatsen av leger synes å være litt større i Oslo enn snittet av de øvrige storbykommunene, er antall helseundersøkelser av barn, samt svangerskapskontroller, rett under snittet. Særlig antall hjemmebesøk til nyfødte rapporteres å være relativt lavt i Oslo. Årsaken til dette gir ikke tallene direkte svar på, men normalt vil dette kunne forklares med at foreldre/foresatte velger å takke nei til tilbudet og/eller at kommunen/bydelene faktisk har en lav produksjon. Også timer utført av fysio- og ergoterapeuter rapporteres for 2013 å være noe lavere enn gjennomsnittet av øvrige storbykommuner. Mens timer utført av ergoterapeuter har økt fra 2012 til 2013, har fysioterapeuttimer blitt redusert i samme periode.

I ASSS-nettverkets rapporter sammenliknes også andre indikatorer på kvalitet. Foruten om reservekapasitet fastleger, som rapporteres å være lik gjennomsnittet, har kommunene også samlet informasjon om medarbeider- og brukertilfredshet. Når det gjelder medarbeidertilfredshet scorer Oslo i 2013 lavest av de 10 kommunene med en verdi på 4,4. Gjennomsnittet for de åtte kommunene som gjennomførte tilsvarende undersøkelse var 4,7, mens høyeste verdi var 5 (skala 1-6 hvor 6 er best). Tilsvarende scorer også kommunen lavest på brukertilfredshet i helsestasjon, men nær gjennomsnittlig for fysio- og ergoterapitjenesten. Samtidig som brukerundersøkelser ikke nødvendigvis er objektive mål på kvalitet, presiseres det også i rapporten at antall respondenter i enkelte bydeler var svært lavt. Dette gjør at man skal være ekstra varsom med å legge for mye vekt på disse tallene.

FO2B Oppvekst

ASSS-nettverket rapporterer en egen produksjonsindeks for barnevern. For tjenester knyttet til helsestasjon/skolehelsetjeneste refereres det til foregående delavsnitt (FO1) ettersom denne tjenesten behandles sammen med øvrig kommunehelse i produksjonsindeksen. For barnevernstjenesten inngår det indikatorer for både undersøkelser, tiltak, behandlingstid og informasjon om hvor stor del av barna som har en individuell plan.

Samlet sett indikerer produksjonsindeksen at Oslos tjenesteproduksjon var om lag 8 prosent lavere enn snittet for de ti største kommunene i 2013. Både enkeltindikatorer og samlet sektorverdi har vært ganske stabil i perioden 2010 til 2013. I hovedsak skyldes den noe lave verdien at kommunen har en relativt lav andel barn plassert av barnevernet (indikatorverdi på 0,797 i 2013). Ettersom plassering av barn er veldig ressurskrevende er også indikatoren vektet tungt i samlet sektorverdi (indikatorne vektet som hovedregel med budsjettandeler). Videre indikeres det at antall undersøkelser i forhold til målgruppe er om lag tre prosent lavere enn gjennomsnitt, mens tiltak for barn som ikke er plassert av barnevernet er likt gjennomsnittet.

Videre inneholder indeksen to indikatorer som skal fange opp kvalitative aspekt ved barnevernstjenesten, nemlig i hvor stor grad kommunen klarer å overholde fristen på behandlingstid under 3 måneder og hvor stor andel av barn med tiltak som har en utarbeidet tiltaksplan. For begge disse indikatorene scorer Oslo relativt høyt med en verdi på henholdsvis 1,136 og 1,055 i 2013.

Verken for 2012 eller 2013 rapporterte kommunen informasjon om medarbeider- eller brukertilfredshet.

FO3 Pleie og omsorg

I ASSS-nettverkets indeks for pleie og omsorgssektoren inngår det fem indikatorer som omhandler institusjonssektoren (kort- og langtidsopphold, innsats av leger og fysioterapeuter og andel enerom), tre indikatorer som fanger opp omfanget av tjenester i hjemmetjenesten (praktisk bistand,

hjemmesykepleie og omsorgslønn), i tillegg til to indikatorer for aktivisering (dagsenter og støttekontakt).

Samlet sett indikerer produksjonsindeksen at Oslos sektorproduksjon er nær sju prosent lavere enn gjennomsnittet for de ti største norske kommunene i 2013 (verdi på 0,932). Verdien er omtrent på samme nivå over tidsperioden 2010-2013.

I institusjonssektoren har Oslo relativt få beboere på tidsbegrenset opphold (verdi på 0,896 i 2013), mens det derimot er en relativt stor andel institusjonsbeboere på langtidsopphold (verdi på 1,108 i 2013). Antall legetimer i institusjon er noe lavt sammenliknet med snittet for storbykommunene (0,921) og indeksverdien har falt i perioden 2010-2013. Det er også tilfellet med fysioterapeuttimer i institusjon, men her indikerer indeksen at volumet fysioterapeuttimer er relativt høyt i Oslo med en verdi på 1,147 i 2013. Som i øvrige storbykommuner er andelen enerom i institusjon relativt høy og på nivå med andre kommuner.

I hjemmetjenesten indikerer produksjonsindeksen særlig at volumet innen hjemmesykepleien er relativt lavt. Det er i fremste rekke den indikatoren som medfører at samlet sektorindeks er noe under gjennomsnitt ettersom den i indeksen tillegges relativt høy vekt. Men også timer til praktisk bistand og omsorgslønn er noe lavere i forhold til predikert målgruppe enn i de andre storbykommunene (over ti prosent lavere enn gjennomsnitt).

Antall timer dagsenter synes imidlertid å være relativt høyt i Oslo (verdi på 1,037 i 2013), mens timer til støttekontakt derimot er noe lavt (verdi på 0,804 i 2013).

ASSS-nettverket rapporterer også andelen årsverk innen pleie og omsorg som har fagutdanningen. For Oslo er andelen 69 prosent, mens snittet for storbykommunene er 73 prosent. Kommunen har ikke rapportert detaljer fra brukerundersøkelser de siste to årene, men medarbeidertilfredsheten i 2013 var lavest av de ti største kommunene i landet og hadde også et marginalt fall fra 2012 til 2013.

FO4 Økonomisk sosialhjelp og KVP

ASSS-nettverket inkluderer en rekke indikatorer for økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogrammet i sin produksjonsindeks. For økonomisk sosialhjelp inkluderes både indikatorer for antall mottakere i aldersgruppene 18-24 år (høyt antall gir lav produksjon) og over 25 år, og andelen mottakere som har hatt sosialhjelp som hovedinntekt i mer enn 6 måneder (høyt antall gir lav produksjon). For KVP-programmet er det inkludert to indikatorer, antall mottakere av kvalifiseringsstønad og andel deltakere i programmet som går til arbeid, skole eller utdanning. Også for KVP er antall mottakere sett i forhold til behovskorrigert innbyggertall.

Mens antallet eldre sosialhjelpsmottakere er relativt lavt i Oslo (verdi på 0,789 i 2013), gjør den lave andelen yngre sosialhjelpsmottakere (verdi på 1,663 i 2013) til at kommunen kommer ut med en samlet indeks som indikerer at produksjon er om lag fem prosent høyere enn gjennomsnitt. Verdien er relativt lik i 2012 og 2013. Kommunen scorer gjennomsnittlig på andelen som har hatt sosialhjelp som hovedinntekt i mer enn seks måneder og antall mottakere av kvalifiseringsstønad. Indeksen indikerer derimot at relativt mange på kvalifiseringsprogrammet går til arbeid, skole eller utdanning (verdi på 1,073 i 2013). Nettverket har ikke publisert andre relevante kvalitetsindikatorer for Oslo i 2013.

6.2 Opplevd kvalitet i bydelene – funn fra casestudien

Som en siste del av casestudien ba vi informantene vurdere om de har økonomi til å gi innbyggerne tjenestene de har rett og krav på, og om tjenestene holder en akseptabel standard. Til dette svarte informantene at innbyggerne får de tjenestene de har rett på, men at de er nødt til å prioritere. Flere mente også at de har liten reell handlefrihet. Rent faglig tilbyr bydelene etter egen vurdering tjenester på et forsvarlig nivå. To bydeler ga uttrykk for at tilbudet lå på et for lavt nivå; enten fordi tjenestenivået var lavere enn i andre bydeler, eller fordi det ville vært samfunnsøkonomisk lønnsomt å sette inn flere tjenester på de svakeste gruppene, og at behovet for tjenester var større enn det bydelen klarte å tilby. To andre bydeler mente at tilbudet deres lå litt over nivået ellers i Oslo.

Et mer overordnet spørsmål er hva innbyggerne faktisk bør ha rett på. Flere bydeler presiserte at tjenestetilbudet var forsvarlig eller godt nok, men ikke optimalt. Bydelene tilbyr tjenester i "spenningen mellom fag, politikk og økonomi", som en informant uttrykte det, og informantene problematiserte dette på flere måter, både ut fra faglige kriterier og faktiske rettigheter, men også ut fra om tjenestene svarer til innbyggernes forventninger. Nivået på tjenestene varierer også mellom tjenesteområdene, ut fra om oppgavene er lovpålagte eller ikke, og etter hvor stor politisk tyngde de har. Svar fra flere bydeler tydet på at kutt kan ramme de som klager minst. Her ble personer med kognitive svekkelser, som demens, psykiske lidelser og rusrelaterte problemer nevnt spesielt.

Barnevern skiller seg fra de andre tjenestene ved at det ikke er en tjeneste som aktivt etterspørres – tvert imot kan det være vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe. Derimot kan etterspørselen øke dersom man først får innpass i en familie som har behov for bistand. Dette viser igjen til hva som er ønsket tjenestenivå. En bydel uttrykte at "det er et uslokkelig behov for foreldreveiledning i befolkningen, både generelt og rettet mot foreldre med særskilte behov. Et større tilbud kunne hatt en forebyggende effekt, som på sikt kunne redusert utgiftene til barnevern".

Ser man på brukerundersøkelser, rapporterte alle bydelene at de scorer godt og har få klager. Innbyggerne i mer velstående bydeler ser ut til å klage mer enn innbyggere i bydeler med lavere gjennomsnittsinntekt. Ifølge informantene i en bydel er det for eksempel ikke uvanlig at brukere stiller med advokat i møter. Ifølge en bydel gir svar fra innbyggerundersøkelsen en mer negativ vurdering enn brukerundersøkelsene; folk tror at tjenestene er dårligere enn det de er, mens de som faktisk mottar tjenester stort sett er fornøyde.

Samtidig presiserte bydelene at det kan være en utfordring å balansere tjenestetilbudet opp mot forventninger blant brukere, pårørende og politikere. Ut fra en faglig vurdering skal tjenester innenfor pleie og omsorg tilbys på lavest mulig nivå, for å opprettholde flest mulig funksjoner hos brukere. Dette er også i samsvar med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), som blant annet ligger til grunn for helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L (2010–2011)). Dette kan det i en del tilfeller være vanskelig å få forståelse for.

6.3 Oppsummering

I første delavsnitt i dette kapittelet er tjenesteproduksjonen i Oslo blitt sammenliknet med produksjonen i de ti største kommunene i Norge. Informasjonsgrunnlaget er basert på rapporter utarbeidet av KS sitt ASSS-nettverk. Ettersom det finnes få tilgjengelige indikatorer på kvalitet er det vanskelig ved hjelp av tilgjengelige data å si noe kvalitativt om tjenesteproduksjonen i Oslo og dens utvikling relativt til andre storbykommuner. Nettverkets produksjonsindeks, som i hovedsak måler nivået på tjenesteproduksjonen sett i forhold til målgruppe, indikerer at produksjonen i Oslo er noe lavere enn i de øvrige storbykommunene, og at den har avtatt marginalt (relativt til de andre kommunene) over perioden 2010 til 2013. Det må imidlertid presiseres at dette punkttestimatet både kan være påvirket av målefeil/feilrapportering, ukorrekt definert målgruppe etc. Tallene må derfor benyttes med forsiktighet.

På sektornivå er det for tjenester innen funksjonsområde 4 (økonomisk sosialhjelp og KVP) hvor Oslo scorer høyt på produksjonsindeksen, mens det anslås en relativt lav produksjon i forhold til predikert målgruppe innen FO2B (barnevern). Samtidig er det relativt få indikatorer som beskriver tjenesteproduksjonen kvalitativt. ASSS-nettverket publiserer noen indikatorer, uten at disse bidrar til en fullgod beskrivelse av tjenestekvaliteten innenfor de ulike sektorene.

Vi har derfor også snakket med personer i bydelene (caseundersøkelser) for å få utdypende informasjon om tjenestenes kvalitative aspekt. Også informantene syntes delvis det var vanskelig å gi fullgode svar om tjenestenes kvalitet. På spørsmål om innbyggerne får de tjenestene de har krav på svarer nær sagt alle at de gjør det, samtidig som de mener tjenestene tidvis ikke alltid har et optimalt nivå.

7 Individanalyser av kommunalt tjenestekonsum

Dette kapitlet rapporterer resultater fra individanalyser av tjenesteforbruk innenfor de ulike funksjonsområdene. Vi har valgt å gjennomgå funksjonsområde 1 til slutt fordi dette i liten grad omfatter individrettete tjenester, og individanalysene for dette funksjonsområdet blir dermed mindre relevant. For en nærmere forklaring til analysene, se kapittel 3.2.

7.1 Funksjonsområde 2B Oppvekst

I ressursomfang utgjør barnevernstjenesten vel 70 prosent av funksjonsområdet for oppvekst. I dagens kriteriesystem er det utarbeidet to kostnadsnøkler, henholdsvis en for barnevern og en for skolehelsetjeneste og aktivitetstilbud. Analysene i dette kapitlet vil relateres til barnevern ettersom det er kun for denne tjenesten vi har individdata.

Datamaterialet vi besitter angir om et barn har mottatt et barnevernstiltak i løpet av året, og hvorvidt tiltaket eller tiltakene var hjelpetiltak og/eller omsorgstiltak. Vi har også informasjon om barnet har vært plassert eller ikke plassert av barnevernet. Videre vet vi også hvilken husholdning hvert barn er medlem av, noe som blant annet muliggjør utnyttelse av informasjon om barnas foreldre/foresatte i analysene.

Ettersom vi betinger populasjonsutvalget på innbyggerne som er bosatt i Oslo pr 1. januar i rapporteringsåret har dette konsekvenser for hvilke år vi analyserer. Dette betyr at 0-åringene ikke er registrert i befolkningsfilen før det året de fyller ett år. Vi har valgt å inkludere de individene som var ett år i året etter rapporteringsåret som 0-åringer i rapporteringsåret, med den konsekvens at vi for barnevern kun foretar analyser av årene 2010 og 2011.

I delkapittel 7.1.1 vil vi presentere analyser av de kriteriene som i dag inngår i kostnadsnøkkelen for FO2B og se om disse er relevante kriterier for å forklare tilbøyeligheten til at et barn er omfattet av et barnevernstiltak. Videre ser vi i kapittel 7.1.2 på litt deskriptiv statistikk av aktuelle bakgrunnsvariabler med den hensikt å forsøke å se ulike bakgrunnsvariabler i sammenheng, før vi i kapittel 7.1.3 presenterer analyser av eksisterende og potensielt nye kriterier.

7.1.1 Eksisterende kriterier

Dagens kriteriesystem består av informasjon om alderssammensetning og innvandringsstatus hos barn og ungdom i bydelene, samt informasjon om enslig forsørgerstatus, utdanning og inntekt blant den voksne befolkningen. I tillegg er det inkludert et kriterium for kommunalt disponerte utleieboliger. Informasjon om kommunalt disponerte utleieboliger er et kriterium som kanskje vil fange opp lav sosioøkonomisk bakgrunn utover de kriteriene som allerede er inkludert. Vi har derimot ikke informasjon om barn eller foreldre bor i en slik bolig, og vil derfor ikke kunne sjekke relevansen av dette kriteriet. Hvert enkelt kriterium og tilhørende vekt er presentert i Tabell 7.1.

Tabell 7.1 Dagens kriterier for FO2B med tilhørende vekter

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel fødte	0,081
2	Andel barn 1-5 år	0,037
3	Andel barn 6-12 år	0,083
4	Andel personer 13-17 år	0,132
5	Andel barn 0-17 år med enslig forsørger* ^{Lavutdanningsindeks}	0,234
6	Andel personer 0-22 år med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn	0,249
7	Andel kommunalt disponerte utleieboliger	0,143
8	Husholdninger med barn under 17 år med inntekt under 50 % av medianen (iht Fafos levekårsundersøkelse)	0,041
	Sum	1,000

For å undersøke relevansen av dagens kriterier har vi gjennomført regresjonsanalyser med ulike definisjoner på tiltak som avhengig variabel. Analysene er på individnivå og begrenset til

populasjonen 0-17 år eller 0-22 år. Hvis det er slik at ulike faktorer forklarer henholdsvis hjelpe- og omsorgstiltak forskjellig vil det i utformingen av kriteriesystemet være viktig å ta høyde for dette ettersom omsorgstiltak normalt er mye mer ressurskrevende å yte enn hjelpetiltak. Det aller beste hadde vært om vi hadde hatt tilgang på mer detaljert informasjon om de ulike tiltakene ettersom det også kan være betydelige forskjeller i ressursbruk også på tiltak definert innenfor hver tiltakskategori (for eksempel omfang og varighet). I tillegg vil det også være barn med flere enn ett tiltak. Dette betyr at hvis det er systematiske forskjeller i ressursinnsats for henholdsvis hjelpe- og omsorgstiltak mellom bydelene vil vår grovkategorisering av tiltak ikke gi et optimalt bilde på ressursinnsatsen på tvers av bydeler.

I Tabell 7.2 presenteres regresjonsanalyser med ulike definisjoner på tiltak, herunder tiltak uansett type, hjelpetiltak og omsorgstiltak, som avhengig variabel og dagens kriterier som uavhengige variabler. Forklaringsvariablene som er inkludert består av en rekke karakteristika målt ved barna som inngår i analyseutvalget eller karakteristika ved deres foreldre/foresatte. Alder og innvandringsstatus er målt på individnivå, mens informasjon om enslig forsørger, utdanningsnivå og inntekt gjelder foreldrene.

I kolonnene (1) til (3) har vi begrenset utvalget til innbyggere mellom 0 og 17 år ettersom det er denne aldersgruppen som normalt defineres som målgruppen i barnevernssektoren. Det er også denne inndelingen som danner grunnlag for indikatorene som er inkludert i dagens kriteriesystem.

Effektene tolkes som at hvis en variabel øker med én enhet, så medfører dette at avhengig variabel øker med den estimerte koeffisienten. Koeffisientene kan dermed tolkes som antall prosentpoengs økning i sannsynlighet for at aktuell tjeneste mottas. Koeffisientene til aldersvariablene tolkes som hvor mer sannsynlig det er for et barn i aktuell aldersgruppe mottar et barnevernstiltak i forhold til et barn på 0 år, alt annet likt. Det vil si at barn 0 år benyttes som referansekategori.

I kolonne (1) presenteres regresjonsanalysen hvor tiltak uavhengig av type er avhengig variabel. Alle koeffisienter er statistisk utsagnskraftig på 1 prosent nivå, med unntak av variabelene "Barn 1-5 år" og «Ikke-vestlig innvandrer 2. gen.». Dette har sammenheng med at barn 1-5 år har statistisk signifikant lavere sannsynlighet for å motta omsorgstiltak enn barn på 0 år, se kolonne (3). Det samme gjelder for ikke-vestlige 2. generasjonsinnvandrere, som har lavere sannsynlighet for å motta omsorgstiltak enn øvrig befolkning under 18 år.

Tabell 7.2 Analyser av eksisterende kriterier

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Innbyggere 0-17 år			Innbyggere 0-22 år		
	Tiltak	Hjelpe- tiltak	Omsorgs- tiltak	Tiltak	Hjelpe- tiltak	Omsorgs- tiltak
Barn 1-5 år	-0,000	0,000	-0,001**	0,001	0,001	-0,000*
Barn 6-12 år	0,016**	0,016**	0,001*	0,018**	0,017**	0,001**
Barn 13-17 år	0,024**	0,023**	0,001**	0,026**	0,025**	0,002**
Barn 18-22 år				-0,010**	-0,008**	-0,003**
Enslig forsørger	0,079**	0,081**	-0,001*	0,077**	0,079**	-0,001
Lavutdanning	0,045**	0,045**	0,001**	0,044**	0,044**	0,002**
Ikke-vestlig innvandrer 1. gen.	0,035**	0,039**	-0,005**	0,027**	0,030**	-0,003**
Ikke-vestlig innvandrer 2. gen.	0,003	0,005**	-0,004**	0,002	0,004**	-0,003**
Inntekt 50 % under median	0,041**	0,031**	0,015**	0,034**	0,028**	0,010**
N	245 379	245 379	245 379	310 036	310 036	310 036
R ²	0,041	0,040	0,010	0,040	0,038	0,008

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummy er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Videre er øvrige variabler statistisk utsagnskraftig også når vi studerer sannsynligheten for å motta henholdsvis hjelpetiltak og omsorgstiltak i kolonnene (2) og (3). Men det er ganske store forskjeller i effektstørrelsene som estimeres hvor koeffisientene stort sett er høyere når vi studerer hjelpetiltak enn omsorgstiltak. Det er verdt å huske at sannsynligheten for å motta et omsorgstiltak er veldig lav i utgangspunktet.⁵

Samtidig som de øvrige variablene i hovedsak er statistisk utsagnskraftig i kolonnene (2) og (3), må det presiseres en del viktige forskjeller. Dette knytter seg til henholdsvis barn og ungdom med innvandrerbakgrunn og barn med enslige forsørger og omsorgstiltak. Både 1. og 2. generasjons ikke-vestlige innvandrere (her angitt som status på barna og ungdommene) har statistisk signifikant lavere sannsynlighet for å motta omsorgstiltak enn øvrig barn og ungdom, dvs. barn uten innvandringsstatus og barn med vestlig innvandringsstatus, alt annet likt. Også når vi ekskluderer informasjon om enslig forsørger, utdanning og inntekt fra modellen (ikke rapportert) er sammenhengen mellom omsorgstiltak og status ikke-vestlig 2. generasjonsinnvandrer negativ, mens variabelen ikke-vestlig 1. generasjonsinnvandrer blir positiv og signifikant kun på 10-prosentnivå. Med tanke på at innvandringsbakgrunn er vektet ganske tungt i dagens system (se kriterium 6 i Tabell 7.1), sammenstilt med andelen ressurser som benyttes for omsorgstiltak, indikerer denne analysen at dette ikke er faglig godt forankret. Barn og ungdom med enslig forsørger har også noe lavere sannsynlighet for å motta omsorgstiltak enn øvrig barn og ungdom, men den negative sammenhengen er kun signifikant på 5 prosent nivå. Kort oppsummert kan man si at de kriteriene som inngår i dagens kriteriesystem er relevante kriterier, men at vektingen trolig ikke er optimal i lys av effektene vi finner for barn og ungdom med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn, dels også for barn og ungdom med enslig forsørger.

En tilbakemelding vi fikk av flere bydeler i caseundersøkelsen var at ettervernet trolig ikke var fanget opp godt nok i dagens kriterier ettersom de aller fleste kriterier er relatert til barn mellom 0 og 17 år. I kolonnene (4) til (6) er derfor utvalget utvidet til innbyggerne mellom 0 og 22 år. I all hovedsak er de estimerte sammenhengene basert på utvalget under 18 år om lag de samme som når målgruppen for ettervernet er inkludert. Men to ting bør likevel presiseres. Alt annet likt, så er tilbøyeligheten for at en ungdom er i et barnevernstiltak statistisk utsagnskraftig lavere enn for 0-åringer. I Tabell C.1 (Vedlegg C) presenteres det også regresjonsanalyser av kun aldersgruppen 18-22 år med de eksisterende sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler som uavhengige variabler. I likhet med hva vi finner i tabellen over viser også disse analysene at ikke-vestlig innvandrere 18-22 år har lavere sannsynlighet for å være i et omsorgstiltak. Men fortsatt er det slik at ikke-vestlige 1. generasjonsinnvandrere også i denne aldersgruppen har større sannsynlighet for å motta hjelpetiltak enn øvrige personer.

7.1.2 Deskriptiv statistikk på aktuelle kriterier

I arbeidet med å finne nye aktuelle kriterier, eventuelt identifisere kombinasjoner av kriterier som på en mer presis måte beskriver personer som dekkes av de ulike tjenestene, har vi blant annet sett på deskriptiv statistikk for henholdsvis tjenestemottakere og ikke tjenestemottakere. Målet har da vært å finne variabler eller kombinasjoner av variabler som beskriver en stor andel av tjenestemottakerne, mens det derimot er ønskelig at disse variablene ikke beskriver innbyggerne som ikke mottar tjenesten.

Ettersom vi i dette prosjektet har hatt tilgang på svært mange individspesifikke variabler er mulige inndelinger av disse og antall kombinasjoner nærmest av uendelig antall. For eksempel er inntekt en kontinuerlig variabel som muliggjør en studie av svært mange inntektsmål. Når vi igjen kan sette ulike inntektsmål i sammenheng med øvrige individkarakteristika blir mengden informasjon overveldende. Vi har derfor vært nødt til å begrense denne studien til å se på enkelte kombinasjoner av kriterier som i dag inngår i kriteriesystemet og andre kjennetegn som vi enten har fått tips om gjennom caseundersøkelsene eller som vi har fått interesse for å teste ut gjennom arbeidet med de empiriske analysene presentert i dette kapittelet. I tillegg har referansegruppen og personer i kommunens administrasjon kommet med tips og ønsker til variabler vi bør se nærmere på. I tillegg til de tabellene

⁵ Gjennomsnittlig verdi på hjelpetiltak og omsorgstiltak er henholdsvis 0,03 og 0,002 prosent.

som presenteres nedenfor har vi også sett på en rekke andre variabler og kombinasjoner, uten at de har gitt en klar pekepinn på variabler som bør testes ut i regresjonsanalysene i neste delkapittel. Kort oppsummert har det for barneverntjenesten vist seg vanskelig å finne variabler og kombinasjoner av variabler som beskriver en stor andel av tjenestemottakerne, uten at de også beskriver en relativt stor andel av befolkningen som ikke mottar tjenestene. Men det finnes noen unntak.

Flere av bydelene i caseundersøkelsen og referansegruppen fant det interessant å teste ut botid for innvandrere og familiestørrelse som aktuelle nye kriterier med en hypotese om at relativt nyankomne familier og store husholdninger hadde større behov enn øvrige for barnevernstjenester. For innvandringsgruppene har vi forsøkt å dele inn dette for henholdsvis 1. og 2. generasjonsinnvandrere. For førstegenerasjonsinnvandrere har vi blant annet oppgitt innvandringsår. 2. generasjonsinnvandrere er derimot født i Norge, men her har vi sett nærmere på hvor lang tid den lengst-boende forelder har vært bosatt i Norge.

Tabell 7.3 Botid blant ikke-vestlige innvandrere og barnevernstiltak

	0-5 åringer		6-12 åringer		13-17 åringer		18-22 åringer	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Mottar tjeneste								
Botid for ikke-vestlige 1.generasjons innvandrere								
Tiltak	2,4	3,1	5,5	5,9	9,7	7,2	7,8	7,4
Hjelpetiltak	2,4	3,1	5,5	5,9	9,7	7,2	7,9	7,4
Omsorgstiltak	2,4	3,3	5,5	6,1	9,5	9,9	7,8	8,5
Botid for de ikke-vestlige 2. generasjonsinnvandrernes foreldre								
Tiltak	18,2	15,7	20,9	19,2	28,5	26,0	25,4	23,2
Hjelpetiltak	18,2	15,7	20,9	19,2	28,5	26,0	25,4	23,1
Omsorgstiltak	18,1	15,9	20,8	17,4	28,5	20,7	25,3	26,0

Tallene er presentert i Tabell 7.3 og kategorisert etter barnas alder. Hver celle angir gjennomsnittlig botid for aktuelle kategoriseringer. Eksempelvis har foreldrene til de ikke-vestlige 2. generasjonsinnvandrerne på 13-17 år en gjennomsnittlig botid på henholdsvis 28,5 og 26 år for gruppene uten og med tiltak. Generelt kan det se ut som at det ikke er stor forskjell i botid blant gruppen som mottar og de som ikke mottar barnevernstjenester. Vi har videre forsøkt å se på grupper med ulik lengde botid, for eksempel under 3 år, både deskriptivt og i regresjonsanalyser lik de som presenteres i neste delkapittel uten at vi finner en klar sammenheng mellom botid og barnevernstiltak, i alle fall ikke når vi betinger på innvandringsstatus.

Videre har vi gjort samme deskriptive undersøkelse for familiestørrelse. Intuitivt tenker man at når det er et barn i en stor familie som blir identifisert med et behov for en eller flere barnevernstjenester er det trolig også flere barn i den samme familien med de samme behovene. Slik sett vil enkelte familier kreve mye ressurser.

Tabell 7.4 Størrelse på søskenflokk inndelt etter hvert enkelt barns alder og barnevernstjeneste. Utvalget er innbyggere 0-22 år.

	0-5 åringer		6-12 åringer		13-17 åringer		18-22 åringer	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Mottar tjeneste								
Hele utvalget	1,91	2,15	2,33	2,41	0,66	0,74	2,11	2,07
Ikke-vestlig innvandrer 1. gen.	2,04	2,50	2,95	2,78	0,93	0,81	2,96	2,45
Ikke-vestlig innvandrer 2. gen.	2,44	2,73	2,84	2,97	1,11	1,32	2,61	2,69

Deskriptiv statistikk på familiestørrelse er presentert i Tabell 7.4. Det er slik at ikke-vestlige innvandrerbarn har flere søsken enn de uten innvandringsstatus, men det er relativt liten forskjell i

størrelse på søskenflokk for gruppene som henholdsvis mottar og ikke mottar en barnevernstjeneste. Samtidig er det som oftest noe høyere familiestørrelse blant de som mottar enn de som ikke mottar en tjeneste, mens tilfelle er motsatt blant de to eldste aldersgruppene for ikke-vestlige førstegenerasjonsinnvandrere.

Selv om det kanskje er slik at kartlagt behov for barnevernstjenester for et barn i en større søskenflokk medfører store kostnader som følge av tiltak som også blir gitt til søsken, er det også slik at det er mange barnefamilier med stor søskenflokk som ikke mottar noen barnevernstjeneste. Slik sett vil familiestørrelse vanskelig kunne anvendes som kriterium i kostnadsnøkkelen. Dette støttes også av uttesting av at ulike definisjoner, både av antall søsken og av antall søsken sett i kombinasjon med andre karakteristika, ikke har gitt utslag i regresjonsanalyser lik de som presenteres i neste delkapittel.

Noen av de mest interessante observasjonene vi gjorde når vi delte inn tjenestemottak etter aldersgrupper og studerte en rekke sosioøkonomiske variabler var at andelen med og uten tiltak varierte relativt betydelig for noen få individkarakteristika. De mest interessante variablene er presentert i Tabell 7.5.

Tabell 7.5 Andel i prosent med oppgitt karakteristika for innbyggerne 0-22 år.

	0-5 åringer		6-12 åringer		13-17 åringer		18-22 åringer	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Mottar tjeneste								
Enslig forsørger	5,9	33,7	5,6	20,6	1,1	3,0	1,9	8,2
Enslig forsørger + lavutdanning	2,2	14,8	1,8	8,7	0,6	1,8	0,8	3,3
Ikke-vestlig innvandrer 1. gen.	1,3	3,5	4,8	11,3	11,8	34,3	9,3	23,0
Ikke-vestlig innvandrer 2. gen.	21,6	41,1	24,8	41,3	14,2	14,7	21,2	25,5

Man ser at det er en klart større andel barn som har forelder med enslig forsørgerstønad blant de som mottar en barnevernstjeneste. Det er imidlertid interessant å se hvordan andelen varierer på tvers av aldersgruppene. For 0-5 og 6-12 åringer er andelen med enslig forsørger henholdsvis 33,7 og 20,6 prosent for de som mottar en barnevernstjeneste, og henholdsvis 5,9 og 5,6 prosent for de som ikke mottar en tjeneste. Alle disse andelene reduseres ganske betydelig når vi ser på de eldste aldersgruppene. For 13-17 åringer er det en lav andel med foreldre som mottar enslig forsørgerstønad og forskjellen mellom de som mottar og ikke mottar en tjeneste er også relativt liten. Andelene er noe høyere blant ungdom i ettervern. Her er også den relative forskjellen mellom de som mottar og ikke mottar en tjeneste om lag den samme som for de yngste aldersgruppene. Dette indikerer at man kunne vurdert å relatere informasjon om enslig forsørgerstønad til kun de yngste aldersgruppene i kriteriesystemet, men ettersom det ser ut til at kriteriet fanger opp en del av forskjellen også i målgruppen for ettervernet er ikke dette så opplagt. Om lag samme bilde tegnes når vi ser enslig forsørger i sammenheng med lavutdanning målt på foreldrenivå (rad 2).

I rad 3 og 4 presenteres henholdsvis andelen ikke-vestlig 1. og 2. generasjonsinnvandrere som mottar og ikke mottar en barnevernstjeneste. Hvis vi først ser på ikke-vestlig 1. generasjonsinnvandrere øker andelen som mottar tjenesten med alder. For eksempel er 34 prosent av de som mottar en barnevernstjenestene i alderen 13-17 år, mens andelen er om lag 12 prosent for de som ikke mottar tjenesten. Mer interessant er det at andelen ikke-vestlige 2. generasjonsinnvandrere er omtrent den samme for de som henholdsvis mottar og ikke mottar en tjeneste for de to eldste aldersgruppene, mens det er betydelige forskjeller i de yngste aldersgruppene. Dette indikerer at kriterier for ikke-vestlige 2. generasjonsinnvandrere bør ses i sammenheng med aldersgruppen under 13 år.

En ting som også kom klart frem i caseundersøkelsen var hypotesen om at de som ikke fullfører videregående opplæring er overrepresentert i ettervernet. Vi har benyttet vårt datamateriale til å studere dette mer nøye. Vi fant da at om lag 77 prosent av de i ettervernet 19 år og over ikke har fullført videregående opplæring, mens dette gjelder i underkant av 30 prosent for målgruppen 19-22 år som ikke har tiltak.

Alle disse funnene, i tillegg til en rekke andre som ikke presenteres i tabell-format her, er gitt en videre vurdering ved hjelp av regresjonsanalyser i påfølgende delkapittel.

7.1.3 Nye kriterier

I dette delkapittelet vil vi presentere et lite utvalg av de mest sentrale regresjonsanalysene vi har gjennomført for ulike typer barnevernstiltak som avhengig variabel og med både eksisterende og potensielt nye kriterier som uavhengige variabler.

Forrige delkapittel presenterte en del hypoteser som vi her tester ut når vi samtidig kontrollerer for kriteriene som inngår i dagens kostnadsnøkkel. Selv om eksisterende variabler var statistisk signifikante i de innledende analysene er det ikke sikkert de er det når vi også kontrollerer for potensielt nye kriterier (eksempelvis sykdomsvariabler og informasjon om foreldrenes arbeidsmarkedstilknytning). Vi viser for øvrig til Tabell C.2 (Vedlegg C) for en nærmere beskrivelse av korrelasjonen mellom de ulike kriteriene som analyseres i dette delkapittelet.

Vi har både informasjon om et barn mottar hjelpetiltak og/eller omsorgstiltak, samt om tiltaket er klassifisert i KOSTRA-funksjon 251 (ikke plassert) eller KOSTRA-funksjon 252 (plassert). Siden vi har best oversikt over ressursomfanget inndelt etter KOSTRA-funksjoner benytter vi primært denne klassifiseringen som avhengig variabel i regresjonsanalysene. Dette er gjort med tanke på at de estimerte sannsynlighetene normalt blir vektet sammen med budsjettandeler når man skal studere fordelingsvirkninger av foreslåtte kriterier.

Hjelpetiltak

I Tabell 7.6 presenterer vi regresjonsanalyser av både hjelpetiltak og tiltak innenfor funksjon 251 (ikke plassert av barnevernet). Hjelpetiltak klassifiseres som hovedregel innen KOSTRA-funksjon 251, noe som gjenspeiles av resultatene i de to kolonnene, som angir relativt like estimerte sannsynligheter for hver inkluderte forklaringsvariabel.

Effektene for de tre første alderssammensetningene i kolonne (1), innbyggere i alderen 1-5, 6-12 og 13-18 år, kan tolkes som at gitt denne alderen er sannsynligheten for at barnet har et hjelpetiltak henholdsvis 2,3, 3,6 og 3,7 prosentpoeng høyere enn for barn på 0 år. For innbyggere i alderen 19-20 som ikke har fullført videregående opplæring er sannsynligheten om lag 2,8 prosentpoeng høyere for hjelpetiltak enn for et barn på 0 år.

For kriteriene som i dag inngår i kostnadsnøkkelens påvirkes deres relevans i liten grad av inkludering av nye kriterier. Effektene for både enslig forsørger, lavutdanning, ikke-vestlig 1. generasjonsinnvandrere og lavinntekt er fortsatt statistisk utsagnskraftig på 1 prosent nivå. En interessant observasjon fra forrige delkapittel var at hyppigheten for tiltak så ut til å variere over barnas alder for ikke-vestlige 2. generasjonsinnvandrere. Vi finner likevel ingen signifikant og positiv effekt av variabelen når den ses i sammenheng med alder 0-12 år (-0,0014). Vi har også estimert en modell hvor denne innvandringsstatusen ikke betinges på alder (ikke rapportert), og finner da en negativ og statistisk utsagnskraftig effekt av å være ikke-vestlig 2. generasjonsinnvandrere. Hvis vi isteden ekskluderer informasjon om lavinntekt fra modellen blir derimot den estimerte koeffisienten til variabelen «Ikke-vestlig 2.gen.innv 0-12 år» 0,0061 og signifikant på 1 prosent nivå (ikke rapportert). Det har sammenheng med at disse variablene er nokså høyt korrelerte (korrelasjonskoeffisienten er 0,248, se Tabell C.2 i vedlegg C.2).

For andre kriterier finner vi at samtlige som er presentert i tabellen har statistisk utsagnskraft på 1 prosent nivå. Dette gjelder både informasjon om ulike stønadsordninger, som om barnet mottar hjelpestønad og om en av foreldrene mottar arbeidsavklaringspenger. Vi har også inkludert informasjon om uførhet blant foreldrene, men effekten av denne variabelen blir liten og statistisk utsagnskraftig kun på 10-prosentnivå når vi kontrollerer for om foreldrene til individet mottar arbeidsavklaringspenger eller ikke.

I analysene av hjelpetiltak har vi forsøkt å inkludere forskjellige mål på lavinntekt. Dagens kriterium er basert på at inntekten skal være 50 prosent under median inntekt. Vi finner signifikant effekt av dette kriteriet (ikke rapportert), men effekten av lavinntekt og forklart varians øker hvis inntektsmålet

settes mindre strengt. I tabellen har vi betinget lavinntekt på inntekt under median inntekt (inntektsmålet er ekvivalent samlet husholdningsinntekt før skatt).⁶ Vi har også forsøkt andre definisjoner på lavinntekt, blant annet med grense på henholdsvis 40 og 60 prosent av median inntekt, men også disse definisjonene bidrar til at forklart varians reduseres sammenlignet med definisjon gitt som inntekt under median. Gitt lavinntekt øker sannsynligheten for at et barn mottar hjelpetiltak med 2,5 prosentpoeng sammenliknet med hvis familien har inntekt over satt grense.

Tabell 7.6 Regresjonsanalyser av hjelpetiltak og tiltak innenfor funksjon 251, innbyggere 0-22 år, 2010-2011.

	(1) Hjelpetiltak	(2) Funksjon 251
Barn 1-5 år	0,0228**	0,0232**
Barn 6-12 år	0,0355**	0,0358**
Ungdom 13-18 år	0,0374**	0,0348**
Ungdom 19-20 uten fullført VGO	0,0276**	0,0062**
Enslig forsørger (forelder)	0,0697**	0,0722**
Lavutdanning (forelder)	0,0380**	0,0312**
Ukjent utdanning (forelder)	0,0451**	0,0342**
Hjelpestønad (barnet)	0,0411**	0,0414**
AAP (forelder)	0,0249**	0,0252**
Ikke-vestlig 1.gen.innv	0,0239**	0,0149**
Ikke-vestlig 2.gen.innv 0-12 år	-0,0014	0,0011
Inntekt under median	0,0255**	0,0235**
Rus (forelder)	0,2037**	0,1912**
Tung psykiatri (forelder)	0,0463**	0,0461**
Lett psykiatri (forelder)	0,0201**	0,0192**
Lett psykiatri 13-17 år	0,0660**	0,0599**
Tung psykiatri 13-17 år	0,1343**	0,0903**
N	310 036	310 036
R ²	0,058	0,055

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummy er inkludert i modellene, men ikke vist.

I tillegg til det tradisjonelle utdanningsmålet som benyttes i dagens kriteriesystem har vi også valgt å inkludere en dummyvariabel lik 1 hvis foreldrene er oppgitt å ha ingen eller ukjent utdanning. Oslo kommune har tidligere benyttet et slikt kriterium, men gikk bort fra dette grunnet svært store, og trolig uheldige fordelingseffekter. Samtidig var dette et tema som ble reist av flere bydeler i caseundersøkelsen. Hva er lavutdanning? De fortalte om tjenestemottakere som verken kan norsk, eller det å lese og skrive på eget morsmål, og at slike personer trolig hadde et større tjenestebehov i snitt enn for eksempel norskfødte personer uten videregående opplæring. Begge utdanningsvariablene er statistisk utsagnskraftig, og indikerer at sannsynligheten for hjelpetiltak øker med henholdsvis 3,8 og 4,5 prosentpoeng.

Videre har vi i analysene av barnevernstiltak inkludert flere indikatorer på sykdom. I første omgang inkluderte vi alle sykdomskriterier identifisert på foreldrene. Hovedfunnet var at individuell medisinbruk av foreldrene som gjaldt lett og tung psykiatri, samt rus hadde en statistisk utsagnskraftig effekt på sannsynligheten for at barnet mottar et hjelpetiltak. En styrke og potensiell falsifiseringstest av sykdomsvariablene var at øvrige sykdomsvariabler, for eksempel hjerte- og kar, muskel og skjelett, kreft etc., ikke hadde noen statistisk utsagnskraftig effekt på sannsynligheten for barnevernstiltak. Modellen predikerer at barn med foreldre som har hentet ut medisin for rus, tung og lett psykiatri får

⁶ Se vedlegg C.1 for beskrivelser av variablene.

en økt sannsynlighet for hjelpetiltak på henholdsvis 20,4, 4,6 og 2 prosentpoeng. Effekten av rus blant foreldre er den største effekten som modellen predikerer, men en innvekting, eventuelt utforming av kostnadsnøkkel, basert på denne analysen vil tillegge kriteriet ganske lav vekt. Dette har sammenheng med at det er en svært liten andel av befolkningen som henter ut slike medikamenter på resept.

Videre har vi også vurdert kriterier som beskriver barnas medisinerbruk. Medisinering for rus blant barn og ungdom er imidlertid så lite utbredt at 1-2 ekstra tilfeller vil medføre relativt store fordelingskonsekvenser. I tillegg finner vi en negativ effekt av rusmedisin for ungdom (ikke rapportert). Medisinering for lett og tung psykiatri er derimot noe mer utbredt blant barn og ungdom. Vi har derfor inkludert to variabler for dette som fanger opp slik medisinering for aldersgruppen 13-17 år. Begge har statistisk signifikant effekt på sannsynligheten for hjelpetiltak. Effekttørrelsene tilsier at sannsynligheten for hjelpetiltak øker med henholdsvis 6,6 og 13,4 prosentpoeng. Vi har også kjørt modeller som ikke inkluderer sykdomsvariablene. Dette er rapportert i Tabell C.3 (Vedlegg C).

Kort oppsummert så har inkludering av alle de nye variablene økt forklart varians målt ved R^2 med vel 50 prosent sammenliknet med kolonne (5) i Tabell 7.2.

I kolonnene (2) presenteres resultater med tiltak klassifisert under funksjonsområde 251 (ikke plassert) som avhengig variabel. Effekttørrelsene avviker noe fra det som ble estimert i kolonne (1), men generelt er dette av ubetydelig karakter. Forklart varians målt ved R^2 reduseres fra 0,058 til 0,055.

Omsorgstiltak

I Tabell 7.7 presenterer vi regresjonsanalyser av både omsorgstiltak, se kolonne (1) og tiltak klassifisert innenfor funksjon 252 (plassert av barnevernet), se kolonnene (2) og (3). I motsetning til analysene av hjelpetiltak påvirkes de estimerte effektene i noen grad om vi velger klassifiseringen omsorgstiltak eller tiltak under KOSTRA-funksjon 252. Men det store bildet er at variablenes relevans i liten grad er påvirket av dette. Et av unntakene er variabelen som skal fange opp frafallsproblematikken (ungdom uten fullført VGO). I kolonne (1) predikeres sammenhengen mellom omsorgstiltak og frafallsvariabelen å være negativ og insignifikant, mens den blir positiv og statistisk signifikant når vi studerer tiltak klassifisert under funksjon 252 i kolonne (2). Variabelen «Enslig forsørger» er ikke signifikant når vi studerer omsorgstiltak og tiltak klassifisert under funksjon 252. Generelt har vi gjort en rekke av de samme avveiningene i modellanalysene og variabelutvelgelse som er diskutert mer nøye i avsnittene for hjelpetiltak litt tidligere i kapittelet.

Videre ser vi at effekten av å være ikke-vestlig 1.generasjonsinnvandrer også påvirkes av hvilken avhengig variabel vi studerer. I kolonne (1) er den estimert effekt av variabelen negativ og statistisk utsagnskraftig. I kolonne (2) finner vi derimot en positiv og statistisk utsagnskraftig effekt av variabelen. Estimert effekt av variabelen 2. generasjonsinnvandrer er signifikant negativ uavhengig av hvilket utfall som studeres.

Også for omsorgstiltak og tiltak under funksjon 252 har vi gjort en nærmere vurdering av kriteriet for lavinntekt. For hjelpetiltak fant vi at en relativt høy grense for lavinntekt forklarte mer av variasjonen på tvers av individ enn en lav grense. I disse analysene finner vi derimot at en relativt lav grense for lavinntekt er bedre til å forklare sannsynligheten for at et barn eller en ungdom mottar omsorgstiltak. I dagens kriteriesystem er lavinntekt i FO2B definert som inntekt under 50 prosent av median inntekt. Den variabelen øker forklart varians målt ved R^2 sammenliknet med en modell med lavinntekt definert som inntekt under median inntekt. Vi har videre forsøkt noen andre definisjoner på lavinntekt. Generelt finner vi at forklart varians øker, jo strengere du setter grensen for lavinntekt. I endelig modell har vi valgt å presentere en modell med lavinntekt definert som inntekt under 40 prosent av median inntekt.

Modellspesifikasjonen angitt i kolonne (3) er den samme som i kolonne (2) med unntak av at vi her har ekskludert variabelen ikke-vestlig 2. generasjonsinnvandrer 0-12 år, som er påvist å ha en negativ sammenheng med omsorgstiltak. Dette medfører også at vi ikke finner noen effekt av om foreldrene mottar arbeidsavklaringspenger på sannsynligheten for at barnet mottar omsorgstiltak.

Tabell 7.7 Regresjonsanalyser av omsorgstiltak og tiltak innenfor funksjon 252, innbyggere 0-22 år. Årene 2010 og 2011.

	(1) Omsorgstiltak	(2) Funksjon 252	(3) Funksjon 252
Barn 1-5 år	0,0038**	0,0050**	0,0039**
Barn 6-12 år	0,0052**	0,0062**	0,0050**
Ungdom 13-18 år	0,0049**	0,0119**	0,0122**
Ungdom 19-20 uten fullført VGO	-0,0003	0,0278**	0,0284**
Enslig forsørger (forelder)	-0,0008	0,0009	0,0005
Lavutdanning (forelder)	0,0037**	0,0119**	0,0105**
Ukjent utdanning (forelder)	0,0207**	0,0290**	0,0280**
Hjelpestønad (barnet)	0,0016	0,0050**	0,0049**
AAP (forelder)	0,0007*	0,0012*	0,0005
Ikke-vestlig 1.gen.innv	-0,0046**	0,0075**	0,0087**
Ikke-vestlig 2.gen.innv 0-12 år	-0,0036**	-0,0062**	
Inntekt under 40 % av median	0,0119**	0,0241**	0,0237**
Rus (forelder)	0,0145*	0,0426**	0,0433**
Tung psykiatri (forelder)	0,0030**	0,0058**	0,0055**
Lett psykiatri (forelder)	0,0026**	0,0050**	0,0048**
Lett psykiatri 13-17 år	0,0062*	0,0197**	0,0198**
Tung psykiatri 13-17 år	0,0265*	0,0826**	0,0827**
N	310 036	310 036	310 036
R ²	0,019	0,029	0,028

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummy er inkludert i modellene, men ikke vist.

Generelt er sannsynlighetene som presenteres for omsorgstiltak en del lavere enn de er for hjelpetiltak. Forklart varians målt ved R² er også en del lavere enn for regresjonsanalysene av hjelpetiltak. Dette har sammenheng med at omsorgstiltak er svært lite utbredt hvor knappe 2 promille av innbyggerne 0-22 år er omfattet av slike tiltak, mens det for hjelpetiltak er over 3 prosent av målgruppen som mottar en slik tjeneste. Som eksempel ser vi at effekten av foreldre med rus her er 0,0433 (økt sannsynlighet med 4,3 prosentpoeng), sammenliknet med en effekt på 0,20 når vi studerte hjelpetiltak. Imidlertid er det i tabellen påvist effekter som er statistisk utsagnskraftig på et svært lavt nivå for de aller fleste variabler.

7.2 Funksjonsområde 3 Pleie og omsorg

Pleie og omsorgssektoren (FO3) utgjør en betydelig del av bydelens totale tjenesteproduksjon, og skal dekke innbyggernes behov for institusjonstjenester og hjemmetjenester. I tillegg til hjemmetjenester og kort- og langtidsopphold på institusjon omfatter FO3 også aktivitetstilbud til eldre og funksjonshemmede, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, og formidling av hjelpemidler og trykghetsalarmer.

Brukergruppen er sammensatt og består både av yngre og eldre brukere. Selv om hovedtyngden av tjenestemottakerne er over 67 år, er det stor heterogenitet i tjenestebehovet, hvor de yngste tjenestemottakerne ofte kjennetegnes med funksjonshemminger som fører til stort pleiebehov. Mens alderen i seg selv forklarer mye av etterspørselen etter tjenester for den eldste gruppen tjenestemottakere, er utfordringen å finne gode kriterier som i best mulig grad fanger opp brukergruppen som ikke kan beskrives med rene alderskriterier. Et unikt datasett som kobler tjenestebruk og kjennetegn ved individene for det enkelte individ, gir oss muligheter til å undersøke nærmere hva som kjennetegner brukerne av pleie- og omsorgstjenester. I det følgende vil vi presentere resultater fra regresjonsanalyser på individnivå for bruk av tjenester innenfor FO3. Vi tar utgangspunkt

i dagens kriterier og vurderer relevansen av disse før vi diskuterer mulige endringer i dagens kriteriesett.

7.2.1 Eksisterende kriterier

Tabell 7.8 gir en oversikt over dagens kriterier under FO3 med tilhørende vekt. Dagens kriteriesett er en miks av rene alderskriterier, kriterier som reflekterer helse, samt sosioøkonomiske faktorer. Kriteriene 1, 2, 3, 4 og 11 er ment å fange opp tjenestebehovet blant brukerne under 67 år, og er tillagt en samlet vekt på 0,39. De øvrige kriteriene skal reflektere behovet blant innbyggerne over 67 år, og er tillagt en samlet vekt på 0,61.

Tabell 7.8 Dagens kriterier for FO3 med tilhørende vekt

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel hjelpestønadsmottakere 0-17 år, forhøyet sats (2-4)	0,035
2	Andel personer 18-49 år	0,065
3	Andel personer 50-66 år * Dødelighetsindeks	0,070
4	Utviklingshemmede (16 år +) og ikke utv.hemmede brukere (fra komp.ordningen for ressurskrevende tjenester)	0,180
5	Andel ikke-gifte personer 67-79 år justert	0,010
6	Andel personer 67-79 år justert * Dødelighetsindeks	0,020
7	Andel personer 67-79 år justert * Lavutdanningsindeks	0,100
8	Andel personer 80-89 år justert	0,060
9	Andel ikke-gifte personer 80-89 år justert	0,220
10	Andel personer 90+ år justert	0,190
11	Andel uføretrygdde 18-66 år	0,040
12	Andel personer 70+ år i bolig med dårlig sanitærstandard	0,010
	Sum	1,000

Hvis vi ser på enkeltkriterier er det kriterium 9, andel ikke-gifte personer 80-89 år, som alene er vektet høyest (vekt=0,220). Dernest vektet kriterium 10, andel personer over 90 år, og kriterium 4, utviklingshemmede (16 år +) og ikke-utviklingshemmede brukere (fra kompensasjonsordningen for ressurskrevende tjenester), med vekt på henholdsvis 0,190 og 0,180. De øvrige ni kriteriene varierer fra en vekt på 0,100 til en vekt på 0,01, hvor kriterium 5, andel ikke-gifte personer 67-79 år, og kriterium 12, andel personer over 70 år i bolig med dårlig sanitærstandard, tillegges lavest vekt.

Av kriteriene i Tabell 7.8 har vi det meste av denne informasjonen tilgjengelig i datasettet på individnivå. Unntaket er informasjon om sanitærstandard (kriterium 12), og informasjon om hvorvidt individet er omfattet av kompensasjonsordningen for ressurskrevende tjenester (kriterium 4). Når det gjelder variablene dødelighetsindeks og lavutdanningsindeks så vil de variablene vi bruker i analysen være tilnærminger på den måten at det ikke er indekser, men en variabel som tar verdien 1 dersom individet har dødd, og 0 ellers (denne variabelen betegner vi som dødelighet), og tilsvarende for lavutdanning har vi ikke en indeks, men faktisk informasjon om hvorvidt individet har utdanningsnivå på grunnskolenivå eller lavere. Styrken med denne tilnærmingen er at vi får et mål på hvorvidt det faktisk at individet dør (er lavutdannet) er assosiert med forhøyet etterspørsel etter tjenester innenfor FO3 sammenlignet med befolkningen for øvrig.

Dødelighetsindekser benyttes som et helsemål, hvor høy dødelighet kan være en indikator på at helsetilstanden i befolkningen er lav. Ved å benytte en indeks for dødelighet på bydelsnivå vil man sannsynligvis fange opp generelle trekk ved helsetilstanden i bydelen. Berntsen (2013) viser at det i Oslo er store forskjeller i levealder mellom bydelene i Oslo, og diskuterer grunner til disse forskjellene. Blant annet trekkes det frem at forskjellene i levealder både kan skyldes individuelle kjennetegn ved personene som bor i bydelene, og trekk ved bydelene selv (Berntsen 2013, s.22). Forskjellen mellom vår tilnærming (en dummy for om individet har dødd), og dagens system som benytter en indeks på bydelsnivå som fanger opp dødelighet, kan ses som en forskjell mellom å

kontrollere for trekk ved individet eller trekk ved bydelen. Ved å måle dødeligheten på individnivå med en dummy for hvorvidt individet dør i perioden, oppnår vi å få et mer direkte mål på sammenhengen mellom at personen dør og etterspørselen etter tjenester. Problemet med denne individbaserte tilnærmingen er at vi ikke får estimert hvorvidt dødeligheten på bydelsnivå (dødelighetsindeks) er et godt mål på helseproblemer blant de som ikke dør.

Andel ikke-gifte personer vil vi i det følgende benevne som enslige. Dette fordi kodingen av ikke-gifte tilsvarende kodingen av enslige (for eksempel benyttet i FO2B) på den måten at det inkluderer de som er skilt, separert og enke(mann). Det omfatter med andre ord alle som ikke er registrert som gift, samboer eller registrert partner. Ved å benevne ikke-gifte som enslig vil benevnelsen samsvare mer med kodingen av variabelen, og dermed også bli mer transparent på tvers av funksjonsområder.

Tabell 7.9 viser resultater fra regresjoner med eksisterende kriterier som forklaringsvariabler. Avhengig variabel er en variabel som tar verdien 1 dersom individet mottar en tjeneste innenfor FO3, og 0 for de individene som ikke mottar en tjeneste. Koeffisientene på forklaringsvariablene kan da tolkes som sannsynligheten for at et individ mottar en tjeneste innenfor FO3 gitt at individet har et bestemt kjennetegn. Første kolonne viser resultater fra en modell hvor alle individer er inkludert, mens kolonnene (2) og (3) viser resultater for henholdsvis yngre individer (under 67 år) og eldre individer (over 67 år). R^2 angir hvor mye av variasjonen i dataene som forklares med den aktuelle modellen. Hvis vi sammenligner de tre modellene ser vi at modellen i kolonne (1), hvor både eldre og yngre er inkludert, forklarer ca. 43 prosent av variasjonen i dataene ($R^2=0,428$). De separate regresjonene for yngre og eldre viser at for personer under 67 år (kolonne (2)) forklares kun 17 % av variasjonen med de inkluderte variablene, mens tilsvarende for personer over 67 år (kolonne (3)) er 39,5 prosent. Det er faktisk slik at de rene alderskriteriene alene forklarer mye av etterspørselen etter tjenester i populasjonen over 67 år, mens rene alderskriterier i liten grad forklarer variasjonen i etterspørselen etter tjenester for befolkningen under 67 år.⁷

Hvis vi ser nærmere på de estimerte koeffisientene ser vi at alle variablene er signifikante på 1 prosent nivå. Det betyr at betydningen av det enkelte kjennetegn på etterspørselen etter en tjeneste innen FO3 er presist estimert. Hvis vi for eksempel ser på variabelen for hjelpestønad er koeffisientestimatet på 0,5. Tolkningen av dette tallet er at en person med hjelpestønad (forhøyet sats) har 50 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å motta en tjeneste innenfor FO3 enn personer som ikke mottar hjelpestønad (forhøyet sats). Selv om hjelpestønadmottakere med forhøyet sats er en marginal gruppe i befolkningen, predikerer dette kjennetegnet ved et individ at det med stor sannsynlighet mottar en tjeneste innenfor FO3. Tilsvarende kan vi også se på variabelen "Over 90". I kolonne (3), hvor vi kun analyserer befolkningen over 67 år, viser koeffisientestimatet at dersom en person er over 90 år har han 54 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å motta en tjeneste innenfor FO3 sammenlignet med individer som er 67-79 år. Dette viser at det å være over 90 år er et kjennetegn som med stor sannsynlighet predikerer behov for tjenester innenfor FO3.

Enkelte variable er signifikante, men persist estimert til å i liten grad predikere behov for tjenester. Dette gjelder alderskriteriene 18-49 og 50-66 år, lavutdanning og enslig.⁸ For lavutdannet og enslig ser vi at betydningen av kjennetegnet er sterkere for befolkningen over 67 år. Dette gjelder særlig kjennetegnet enslig. Hvis individet er over 67 år og enslig har han eller hun 17 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å motta en tjeneste enn et individ over 67 år som ikke er enslig (altså gift, samboer eller registrert partner).

⁷ En separat regresjon for befolkningen over 67 år hvor kun alderskriterier inkluderes, viser at $R^2=0,30$. En tilsvarende regresjon for befolkningen under 67 år gir $R^2=0,06$.

⁸ Enslig tilsvarende ikke-gift i dagens kriteriesett.

Tabell 7.9 Analyse av dagens kriterier på samlet etterspørsel etter tjenester innenfor FO3

	(1) FO3	(2) FO3	(3) FO3
Hjelpestønad, forhøyet sats	0,509**	0,510**	
18-49 år	0,0156**	0,00961**	
50-66 år	0,0144**	0,00320**	
67-79 år	0,136**		
80-89 år	0,507**		0,342**
Over 90 år	0,746**		0,543**
Uføretrygdet 18-66 år	0,195**	0,202**	
Enslig	0,0387**	0,0157**	0,176**
Lavutdannet	0,0244**	0,0153**	0,0660**
Dødelighet	0,295**	0,221**	0,314**
N	1 798 917	1 601 270	197 647
R ²	0,428	0,172	0,395
År	2010-2012	2010-2012	2010-2012
Alder	Alle	Under 67	Over 67

Avhengig variable er en dummyvariabel som tar verdien 1 dersom individet mottar en tjeneste innenfor FO3. Alle modeller er estimert med minste kvadraters metode for de 3 årene 2010-2012. Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. I kolonne (1) analyseres hele befolkningen, i kolonne (2) analyseres befolkningen under 67 år, mens kolonne (3) rapporterer resultater hvor befolkningen over 67 år er analysert. ** angir at koeffisienter er statistisk signifikant på 1 % nivå, mens * angir at koeffisienter er statistisk signifikant på 5 % nivå. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Resultatene i Tabell 7.9 viser hvordan variablene forklarer samlet etterspørsel etter tjenester innenfor FO3, men vi ønsker også å undersøke hvor godt de ulike kjennetegnene forklarer etterspørselen etter de enkelte deltjenestene som inngår i FO3. Med utgangspunkt i under hvilke KOSTRA funksjoner den enkelte tjeneste kostnadsføres, deler vi FO3 i tre variabler; én variabel for hjemmebaserte tjenester (funksjon 254), én variabel for institusjonstjenester (funksjon 253) og én variabel for støttefunksjoner (funksjon 234). Disse variablene defineres også som dummyvariable, slik at de tar verdien 1 dersom individet mottar den aktuelle tjenesten og 0 ellers. Tabell C.4 (Vedlegg C) viser detaljert oversikt over hvilke tjenester som inngår inn under hver av de tre tjenestene, samt andelen av populasjonen som mottar tjenesten i 2012. Siden ett individ kan motta flere tjenester innenfor FO3, vil summen av andelen innenfor deltjenestene overstige andelen for samlet FO3.

Detaljerte resultater fra separate regresjoner for den enkelte deltjeneste er rapportert i Tabell C.5 (Vedlegg C). Oppsummert finner vi følgende:

- Hjelpestønad (forhøyet sats) er særlig assosiert med etterspørsel etter hjemmetjenester, og delvis også for støttefunksjoner, men i liten grad for institusjonstjenester.
- Rene alderskriterier for aldersgrupper over 80 år er assosiert med forhøyet etterspørsel etter alle tre deltjenester, hvor de over 90 år har høyere sannsynlighet for tjenestebehov sammenlignet med 80-89 åringene.
- Variabelen enslig er assosiert med forhøyet etterspørsel etter hjemmetjenester og støttefunksjoner i befolkningen over 67 år.
- Variabelen dødelighet er særlig assosiert med behov for institusjonstjenester for den eldre del av befolkningen. For hjemmetjenester predikerer dødelighet også i stor grad behov for tjenester både i befolkningen over og under 67 år.
- Dagens kriterier beskriver best etterspørselen etter institusjonstjenester ($R^2=0,321$ på analyser for hele befolkningen), og da særlig for befolkningen over 67 år ($R^2=0,288$). For etterspørselen etter hjemmetjenester og støttefunksjoner forklarer dagens kriterier henholdsvis

26 prosent og 29 prosent av variasjonen i etterspørselen. I modellene hvor vi skiller mellom den eldre og den yngre befolkningen, forklarer dagens kriterier best etterspørselen blant den eldre del av befolkningen.

Med utgangspunkt i regresjonsanalysene av dagens kriterier, samt de innspill vi fikk fra samtaler med bydelene og referansegruppen, synes det å være særlig behov for å bedre fange opp kjennetegn ved den yngre brukeren av FO3. Når vi i det følgende går videre til å analysere mulige nye kriterier for FO3, gjør vi separate analyser for befolkningen under og over 67 år, med særlig fokus på befolkningen under 67 år. Til slutt gjør vi en samlet analyse av hele befolkningen med nytt kriteriesett.

7.2.2 Nye kriterier, yngre og eldre tjenestemottakere

Målet er å finne de variablene som best mulig kjennetegner brukerne av pleie- og omsorgstjenester (FO3). Idealet hadde vært å finne et sett med få variabler som i stor grad fanger opp behovet for en tjeneste. Utfordringen er at brukergruppen ofte er heterogen. Tradisjonelt har pleie- og omsorgstjenester blitt betraktet som eldreomsorg siden de eldre gjerne er hyppig bruker av disse tjenestene, men i realiteten er brukerne av disse tjenestene mer sammensatt. Utfordringen blir da å finne brede nok kriterier til å fange de fleste typer av brukere, men samtidig være så treffsikker som mulig slik at kriteriesettet i stor grad fanger opp det faktiske behovet.

Som en innledende del til regresjonsanalysene vil vi derfor forsøke å fange opp kjennetegn ved tjenestemottakerne ved å sammenligne gjennomsnitt blant tjenestemottakere innen FO3 og de som ikke mottar noen tjeneste. Med dette utgangspunktet søker vi å finne kombinasjoner av variabler som i best mulig grad fanger opp behovet blant brukerne.

7.2.2.1 Befolkningen under 67 år

Hva kjennetegner de yngre tjenestemottakerne?

Som det fremgikk av analysen av dagens kriterier er uførhet og behov for hjelpestønad assosiert med forhøyet sannsynlighet for tjenestebehov i befolkningen under 67 år. Dette reflekteres også i Tabell 7.10 som viser hvordan kjennetegnet hjelpestønadsmottaker og ufør fordeler seg blant henholdsvis tjenestemottakere og befolkningen for øvrig. Inndelingene er gjort etter alder og tjenestetype. Panel A i Tabell 7.10 viser hvordan hjelpestønad, forhøyet sats, fordeler seg. Forhøyet sats er et tilbud til personer under 18 år med nedsatt funksjonsevne som har større tjenestebehov enn det som dekkes med ordinær hjelpestønad. Formålet er å sørge for at barn kan få den pleien de trenger i hjemmet. Tabellen viser at 70 prosent av 0-17 åringene som mottar pleie- og omsorgstjenester (samlet) mottar hjelpestønad, forhøyet sats. Til sammenligning gjelder dette kun for 0,7 prosent av befolkningen for øvrig (0-17 år). Dette indikerer at hjelpestønad, forhøyet sats, fanger opp faktisk behov for pleie og omsorgstjenester for denne aldersgruppen, og ikke bare et generelt kjennetegn for aldersgruppen.

Når vi ser mer generelt på hjelpestønad (ikke bare forhøyet sats) og behovet for tjenester (panel B), ser vi at dette kjennetegnet i særlig grad beskriver den yngre tjenestemottakeren. Blant 18-49 åringene som mottar pleie og omsorgstjenester finner vi at 21 prosent kjennetegnes ved at de mottar hjelpestønad. En fin egenskap ved dette kjennetegnet er at det i liten grad beskriver individet som ikke mottar tjenester, og samtidig i stor grad beskriver individet som mottar tjenester.

I panel C ser vi hvordan individer med uførepensjoner er representert blant tjenestemottaker og ikke-tjenestemottakere etter alder. Vi ser at både blant aldersgruppen 18-49 år og blant aldersgruppen 50-66 år er det en høy andel som er tjenestemottaker og samtidig ufør. Evaluert for FO3 samlet finner vi at 50 prosent av 18-49 åringene som mottar pleie- og omsorgstjenester også er ufør. Tilsvarende andel for 50-66 åringer er 76 prosent. Hvis vi sammenligner uføreandelene for de som ikke mottar tjenester innenfor FO3, ser vi at det ikke bare er en økning i andel uføre som mottar tjenester når vi sammenligner aldersgruppene 18-49 og 50-66, men vi ser en generell økning i andelen som ikke mottar tjenester også (1,2 prosent for 18-49 åringer mot 15 prosent for 50-66 åringer). Kan vi finne kombinasjoner av kjennetegn som gjør at vi reduserer andelen blant ikke mottakere av tjenesten med kjennetegnet uten å redusere andelen som faktisk mottar tjenesten?

Tabell 7.10 Uførhet, hjelpestøtnadsbehov og dødelighet etter aldersgrupper og behov for tjenester innenfor FO3

	0-17 åringer		18-49 åringer		50-66 åringer		18-66 åringer	
Mottar FO3	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Panel A: Hjelpestønad, forhøyet sats								
FO3 samlet	0,7	70						
Hjemmetjenester	0,8	76						
Støttefunksjoner	1,2	68						
Institusjonstjenester	1,4	87						
Panel B: Hjelpestønad								
FO3 samlet	1,6	82	0,3	21	0,6	13	0,3	17
Hjemmetjenester	1,7	87	0,3	20	0,6	13	0,4	17
Støttefunksjoner	2,1	80	0,4	40	0,8	22	0,5	32
Institusjonstjenester	2,4	88	0,5	37	1	10	0,6	17
Panel C: Uførepenisjon 18-66 år								
FO3 samlet			1,2	50	15	76	4,7	63
Hjemmetjenester			1,3	50	15	76	4,8	62,5
Støttefunksjoner			1,6	72	17	88	5,3	80
Institusjonstjenester			1,8	77	17	81	5,7	80
Panel D: Dødelighet								
FO3 samlet	0,02	1,2	0,2	3,6	1,2	16	0,4	9,7
Hjemmetjenester	0,02	1	0,2	3,5	1,3	16	0,5	9
Støttefunksjoner	0,03	0,4	0,2	3	1,6	17	0,6	9
Institusjonstjenester	0,03	4	0,2	13	1,6	33	0,6	28

Enkle gjennomsnitt viser at tjenestemottakere har noe lavere utdanningsnivå og er noe oftere enslig enn den øvrige befolkningen som ikke mottar tjenester. Vi tar utgangspunkt i dette og tester uførhet med kombinasjoner av enslig og lavutdannet, og det samme for hjelpestønad. Tabell C.6 (Vedlegg C) viser hvordan disse kombinasjonene av kjennetegn fordeler seg mellom tjenestemottaker og ikke-tjenestemottaker etter alder. Vi har både tatt utgangspunkt i enslig og enpersonshusholdning. Det vi finner er at enslig beskriver den yngre tjenestemottakeren bedre enn enpersonshusholdning. Dette kan ha sammenheng med at yngre tjenestemottakere kan bo hjemme, og dermed ikke er registrert som enpersonshusholdning, men de er definert som enslig all den tid de ikke er gift eller har samboer eller registrert partner. Tabell 7.11 viser de kombinasjoner vi velger å ta med oss videre inn i regresjonsanalysen. I panel A ser vi hvordan kombinasjonen ufør og samtidig enslig fordeler seg. Hvis vi sammenligner panel A i Tabell 7.11 med panel C i Tabell 7.10, ser vi at særlig for aldersgruppen 50-66 år, vil kombinasjonen ufør og enslig redusere andel med dette kjennetegnet som ikke mottar tjenester, uten at andelen som faktisk mottar tjenesten blir betydelig redusert. Det gir en pekepinn på at denne kombinasjonen kan være mer treffsikker.

Kombinasjoner av hjelpestønad, enslig og lavutdannet fører ikke frem. Dette reduserer antall brukere som fanges opp, uten å redusere andelen blant ikke-brukere. Når vi derimot kombinerer uførhet og hjelpestønadsmottaker finner vi at dette reduserer antall hjelpestønadsmottakere som er ikke-bruker, men har minimal innvirkning på de som faktisk bruker tjenester innen FO3 (panel B i Tabell 7.11).

Tabell 7.11 Kombinasjoner av kjennetegn etter alder og hvordan kjennetegnet fordeler seg blant tjenestemottakere og befolkningen for øvrig

	18-49 åringer		50-66 åringer		18-66 åringer	
Mottar FO3	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Panel A: Ufør og enslig						
FO3 samlet	0,8	47	8	61	3	54
Hjemmetjenester	0,9	47	8	62	3	54
Støttefunksjoner	1,1	69	9	72	3	71
Institusjonstjenester	1,4	73	10	61	3,5	65
Panel B: Hjelpestønadsmottaker og ufor						
FO3 samlet	0,08	16	0,5	12	0,2	14
Hjemmetjenester	0,1	16	0,5	12	0,2	14
Støttefunksjoner	0,1	33	0,7	21	0,3	27
Institusjonstjenester	0,3	33	0,8	10	0,4	16

Regresjonsanalyser med nytt kriteriesett

Med utgangspunkt i de enkle sammenstillingene over ønsker vi å teste ut variabelen mottaker av uførepensjon og samtidig enslig som et alternativ til variabelen mottaker av uførepensjon 18-66 år i regresjonsanalysene på individnivå.⁹ Videre ønsker vi å inkludere en ny variabel: Ufor og samtidig hjelpestønadsmottaker (ikke forhøyet sats).¹⁰ Blant variablene som fanger opp sykdomsforekomst er det tung psykiatri som er forbundet med forhøyet sannsynlighet for tjenestebehov blant de yngre brukerne.

For å vurdere hvor mye den enkelte variabel forklarer av variasjonen i etterspørselen har vi kjørt separate analyser hvor vi inkluderer en og en variabel. Tabellen er rapportert i Tabell C.7 (Vedlegg C). Denne øvelsen viser at for befolkningen under 67 år forklarer uførhet alene omtrent 11 prosent av variasjonen i etterspørselen etter FO3 samlet. Tilsvarende når vi erstatter uførhet med ufor og samtidig enslig oppnår vi en forklart varians på 13 prosent. En variabel som fanger opp hjelpestønadsmottakere som samtidig er ufor fanger alene opp ca. 7 prosent av variasjonen i etterspørselen. Når vi inkluderer dette i én modell øker forklart varians fra 17 prosent med det eksisterende kriteriesettet (kolonne (2) tabell 7.8) til 22 prosent når vi erstatter ufor med ufor og samtidig enslig og i tillegg inkluderer en variabel for hjelpestønadsmottakere (ikke forhøyet sats) som samtidig er ufor (kolonne (1) tabell 7.11). Regresjonsresultater for dette nye kriteriesettet er rapportert i Tabell 7.12, og viser i kolonne (1) resultater for FO3 samlet, kolonne (2) viser resultater for hjemmetjenester, kolonne (3) viser resultater for institusjonstjenester, og kolonne (4) viser resultater for støttefunksjoner.

⁹ Variabelen «Mottaker av uførepensjon og samtidig enslig» gjelder fortsatt for aldersgruppen 18-66 år.

¹⁰ Variabelen «Mottaker av uførepensjon og samtidig hjelpestønadsmottaker» vil per definisjon kun omfatte personer 18-66 siden uførepensjon gis til gruppen 18-66 år, og det vil også naturlig være begrenset til hjelpestønadsmottakere som ikke mottar forhøyet sats, siden forhøyet sats er forbeholdt hjelpestønadsmottakere under 18 år.

Tabell 7.12 Regresjonsresultater. Nytt kriteriesett. Befolkning under 67 år

	(1) FO3	(2) Hjemme- tjenester	(3) Institusjons- tjenester	(4) Støtte- funksjoner
18-49 år	0,00452**	0,00528**	-0,000245**	0,000275*
50-66 år	0,00324**	0,00360**	0,00117**	-0,00356**
Hjelpestønad, forhøyet sats	0,510**	0,435**	0,0656**	0,201**
Dødelighet	0,213**	0,179**	0,0816**	0,0532**
Enslig	0,00145**	0,00146**	-0,000170*	1.54e-05
Lavutdannet	0,0150**	0,0126**	0,000644**	0,00594**
Ufør og enslig	0,237**	0,215**	0,0277**	0,0912**
Hjelpestønadsmottaker og ufør	0,426**	0,390**	0,0502**	0,315**
N	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270
R ²	0,224	0,201	0,049	0,150
År	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012
Alder	Under 67	Under 67	Under 67	Under 67

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Sammenlignet med tilsvarende analyser på eksisterende kriterier viser at det nye kriteriesettet bedre fanger opp etterspørselen etter hjemmetjenester og støttefunksjoner blant de yngre brukerne. Mens utgangsmodellen forklarte 15 prosent i variasjonen i etterspørselen etter hjemmetjenester forklares 20 prosent av variasjonen med dette nye kriteriesettet. Også blant støttefunksjoner er det en markert økning i forklart varians (fra 8 prosent til 15 prosent). Fortsatt forklares forholdsvis lite av etterspørselen etter institusjonstjenester, men dette reflekterer til en viss grad at det generelt er få yngre som mottar institusjonstjenester. Av den totale befolkningen under 67 år mottar kun 0,2 prosent institusjonstjenester. Tilsvarende tall for hjemmetjenester er 1,6 prosent og for støttefunksjoner 0,6 prosent.¹¹

Regresjonsanalyser hvor også sykdomsforekomst inkluderes blant nye kriterier

For å vurdere hvorvidt sykdomsforekomst kan bidra til å forklare mer av etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester inkluderer vi én og én sykdomsforekomst til modellen i Tabell 7.12. Resultater fra disse estimeringene er rapportert i Tabell C.8 (Vedlegg C). Som vi ser av tabell C.8 er det særlig tung psykiatri som bidrar til å øke forklart varians. Vi velger å kun inkludere tung psykiatri av sykdomskriteriene da de øvrige kun vil bidra til å utvide kriteriesettet uten å bidra mer enn marginalt til å forklare variasjonen i etterspørselen etter tjenesten.

Tabell 7.13 rapporterer resultater fra analysene med nytt kriteriesett hvor også sykdomsforekomst er inkludert blant forklaringsvariablene. Kolonnene (1)-(4) i Tabell 7.13, tilsvarer kolonnene (1)-(4) i Tabell 7.12, med eneste unntak at tung psykiatri er inkludert blant forklaringsvariablene. Sammenligning av R² mellom modellene med og uten tung psykiatri som forklaringsvariabel viser at forklart varians øker fra 22 prosent i modellen uten psykiatriveariablel til knappe 26 prosent i modellen hvor denne variabelen inkluderes, i modellen for samlet etterspørsel etter FO3. De separate analysene for den enkelte tjeneste viser at det i særlig grad er etterspørselen etter hjemmetjenester som bedre forklares ved å inkludere denne variabelen.

¹¹ Andelene er beregnet med utgangspunkt i tall for 2012.

Tabell 7.13 Regresjonsresultater for befolkningen under 67 år. Nye kriterier hvor også sykdomsforekomst er inkludert

	(1) FO3	(2) Hjemme- tjenester	(3) Institusjons- tjenester	(4) Støtte- funksjoner	(5) FO3	(6) Hjemme- tjenester	(7) Institusjons- tjenester	(8) Støtte- funksjoner
18-49 år	0,00152**	0,00235**	-0,000354**	-0,000428**				
50-66 år	-0,000113	0,000330	0,00104**	-0,00435**				
Hjelpestønad, forhøyet sats	0,503**	0,429**	0,0654**	0,199**	0,504**	0,429**	0,0660**	0,201**
Ufør og enslig	0,209**	0,188**	0,0267**	0,0846**	0,211**	0,190**	0,0270**	0,0835**
Hjelpestønadmottaker og ufør	0,428**	0,391**	0,0503**	0,315**	0,431**	0,394**	0,0508**	0,317**
Dødelighet	0,205**	0,171**	0,0814**	0,0515**				
Enslig	0,00138**	0,00140**	-0,000172*	8.01e-08				
Lavutdanning	0,0119**	0,00969**	0,000534**	0,00523**				
Tung psykiatri	0,178**	0,174**	0,00652**	0,0418**	0,181**	0,176**	0,00703**	0,0425**
50-66 år * dødelighet					0,231**	0,192**	0,0992**	0,0594**
N	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270
R ²	0,258	0,237	0,050	0,156	0,257	0,236	0,050	0,155

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Hvis vi ser nærmere på hvordan de øvrige koeffisientestimater påvirkes av at variabelen for tung psykiatri inkluderes, ser vi at den estimerte koeffisienten for aldersgruppen 18-49 år reduseres i størrelse (sammenligner koeffisientestimatet for 18-49 år i kolonne (1) i Tabell 7.12 med kolonne (1) i Tabell 7.13). Koeffisientestimatet for 50-66 år reduseres, skifter fortegn og blir ikke statistisk utsagnskraftig når vi inkluderer variabelen for tung psykiatri. Dette kan indikere at vi ved å inkludere denne variabelen for tung psykiatri fanger opp en del av etterspørselen etter tjenester som tidligere ble fanget opp av alderskriteriene. De øvrige koeffisientestimater endres ikke i særlig grad av at psykiatriveariabelen inkluderes.

I kolonnene (5)-(8) i Tabell 7.13 rapporteres resultater hvor vi ekskluderer variabler som har liten effekt (aldersvariablene, variabelen for enslig og variabelen for lavutdannet). I tillegg erstatter vi dødelighet med dødelighet blant 50-66 åringer. Basert på sammenligninger i Tabell 7.10 panel D, finner vi støtte for at dødelighet i denne aldersgruppen kjennetegner tjenestemottakerne. Det fremkommer av tabellen (kolonnene (5)-(8)) at disse endringene ikke påvirker de øvrige estimatene, og heller ikke forklart varians i nevneverdig grad.

Oppsummering – befolkningen under 67 år

Analysene over viser at vi ved å spisse variabelen for uføre ved å kombinere uføre som også er enslig og uføre som også mottar hjelpestønad, bedre klarer å fange opp behovet blant yngre mottakere av pleie- og omsorgstjenester, og da særlig yngre hjemmetjenestemottakere. En ytterligere modellforbedring oppnår vi ved i tillegg å inkludere en variabel som fanger opp tung psykiatri. Mens modellformuleringen basert på dagens kriterier forklarer 17 prosent av variasjonen i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester, forklarer en modell med nye kriterier, hvor også sykdomsforekomst er inkludert, knapt 26 prosent av variasjonen. Dette er en betydelig forbedring i forhold til utgangsmodellen, selv om vi ideelt sett gjerne skulle sett at enda mer av variasjonen forklares. Utfordringen med å fange opp behovet for tjenester blant de yngre brukerne er at denne gruppen er heterogen. Mens alderskriterier alene i stor grad beskriver behovet for tjenester blant den eldre delen av befolkningen, vil alder i liten grad predikere behovet for tjenester blant den yngre delen av befolkningen.

7.2.2.2 Befolkningen over 67 år

Hva kjennetegner de eldre tjenestemottakerne?

Som vist tidligere forklarer dagens kriterier bedre etterspørselen etter tjenester blant befolkningen over 67 år sammenlignet med etterspørselen etter tjenester blant befolkningen under 67 år. Dette henger primært sammen med at alderskriteriene alene forklarer så stor grad av etterspørselen etter tjenester blant den eldre delen i befolkningen.

Tabell 7.14 viser alderssammensetningen blant tjenestemottakerne. Hvis vi ser på alderssammensetningen blant institusjonstjenestemottakerne finner vi at ca. 40 prosent er i aldersgruppen 80-89 år, mens ca. 30 prosent av institusjonstjenestemottakerne er over 90 år. Totalt er ca. 89 prosent av tjenestemottakerne over 67 år. Også blant hjemmetjenestemottakerne er det aldersgruppen 80-89 år som er størst (30 prosent), men for hjemmetjenestene er omtrent 37 prosent av tjenestemottakerne under 67 år. For FO3 totalt utgjør tjenestemottakere under 67 år 31 prosent, mens 69 prosent av tjenestemottakerne er over 67 år.

Tabell 7.14 Alderssammensetning blant tjenestemottakerne

	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67-79 år	80-89 år	Over 90 år
FO3 samlet	4 %	13,7 %	13,3 %	18,5 %	33,5 %	16,9 %
Hjemmetjenester	4 %	16,8 %	15,9 %	19 %	30 %	13,7 %
Institusjonstjenester	1 %	2,3 %	7 %	18,6 %	40,4 %	30,2 %
Støttefunksjoner	3,4 %	9,2 %	7,6 %	16,7 %	43,3 %	19,7 %

Hvis vi ser nærmere på aldersgruppen over 67 år finner vi at 14 prosent av alle 67-79 åringer mottar en tjeneste innenfor FO3, 57 prosent av 80-89 åringer og 90 prosent av de over 90 år. Disse tallene illustrerer hvorfor alderskriteriene alene forklarer mye av etterspørselen etter tjenester for aldersgruppen over 67 år.

Tabell 7.15 viser hvordan kjennetegn som enslig, lavutdannet og dødelig fordeler seg i befolkningen over 67 år etter alder og hvorvidt de mottar en tjeneste innenfor FO3 eller ikke. Som det fremgår av tabellen er forekomsten av enslig noe høyere blant de som mottar tjenester, og da særlig for 67-79 åringer og for 80-89 åringer. Panel B viser at lavutdannede (ikke høyere enn grunnskole) er noe oftere representert blant tjenestemottakere, men dette mønsteret er ikke tydelig. Forskjellen mellom andelen 67-79 åringer som er lavutdannet og ikke mottar tjenester skiller seg ikke veldig fra andelen 67-79 åringer blant tjenestemottakerne som mottar tjenester. Dette indikerer at forekomsten lavutdannet blant tjenestemottakerne over 67 år i stor grad gjenspeiler forekomsten av lavutdannede i befolkningen for øvrig.

Ikke overraskende er dødelighet et kjennetegn som representerer tjenestemottakeren over 67 år ganske godt (Panel C i Tabell 7.15). Særlig blant 67-79 åringer er forskjellen mellom tjenestemottaker og ikke-tjenestemottaker relativt stor.

Tabell 7.15 Sammenligning av kjennetegn ved tjenestemottaker og ikke-tjenestemottaker for befolkningen over 67 år

	67-79 åringer		80-89 åringer		90+ åringer	
Mottar FO3	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Panel A: Enslig						
FO3 samlet	42	70	47	77	63	88
Hjemmetjenester	43	71	56	76	84	87
Støttefunksjoner	44	74	53	82	81	89
Institusjonstjenester	45	64	61	74	82	89
Panel B: Lavutdannet						
FO3 samlet	21	34	23	33	25	37
Hjemmetjenester	22	35	26	34	36	36
Støttefunksjoner	22	36	26	34	36	35
Institusjonstjenester	23	34	28	34	33	39
Panel C: Dødelighet						
FO3 samlet	3,5	26	9	33	20	53
Hjemmetjenester	4,4	25	18	31	54	46
Støttefunksjoner	5,4	24	20	28	57	43
Institusjonstjenester	5	43	14	54	30	68
Panel D: Enpersonhusholdning						
FO3 samlet	38	70	45	78	63	89
Hjemmetjenester	40	69	57	75	86	87
Støttefunksjoner	41	73	54	81	83	89
Institusjonstjenester	42	68	60	78	82	90
Panel D: Lavinntekt (inntekt under median)						
FO3 samlet	21	50	28	54	49	69
Hjemmetjenester	22	51	37	52	69	66
Støttefunksjoner	24	52	35	55	68	66
Institusjonstjenester	24	51	39	57	60	74

Vi har testet ulike kombinasjoner av alder, lavutdannet, enslig og dødelighet, men vi har ikke funnet noen kombinasjoner som synes å fange opp behovet på en bedre måte. Med utgangspunkt i Tabell 7.15 kan man diskutere hvorvidt det er en opphopning av lavutdannede blant tjenestemottakerne, og bør kanskje vurdere hvorvidt dette kriteriet bør inkluderes, men den enkle sammenstillingen gir grunnlag for å inkludere dødelighet for 67-79 åringer og enslig blant 67-79 og 80-89 åringer (dette er i tråd med dagens kriteriesett). En variabel som ser ut til å fange opp behov bedre enn lavutdanning er lavinntekt, hvor lavinntekt er definert som inntekt under median. Vi inkluderer lavinntekt i regresjonsanalysene for å teste denne variabelen som et alternativ til lavutdanningsvariabelen. Vi inkluderer lavinntektsvariabelen uten å koble den til en bestemt aldersgruppe, da ingen aldersgrupper pekte seg ut med større opphopning av lavinntekt enn andre.

I forhold til modellen som vi startet med i Tabell 7.9 estimerer vi nå en modell hvor vi

- Benytter dødelighet for aldersgruppen 67-79 i stedet for generell dødelighet
- Erstatte lavutdanning med lavinntekt (inntekt under median)
- Erstatte enslig med enpersonshusholdning og spesifiserer enpersonshusholdning for aldersgruppene 67-79 år og 80-89 år

Tabell 7.16 viser resultatet fra estimeringene for modeller med enten enpersonshusholdning eller enslige, hvor vi også tester ut spesifikasjoner med lavutdanning eller lavinntekt eller verken lavutdanning eller lavinntekt. Resultatene fra disse estimeringene gir ikke noe entydig indikasjon på hvilken modell som er å foretrekke. Selv om enpersonshusholdning alene bedre forklarer variasjonen i etterspørselen etter tjenester så finner vi ikke noen substansiell forbedring av modellen når vi inkluderer øvrige kontrollvariabler. Oppsummert fra Tabell 7.16 kan vi si at:

- Med enpersonshusholdning i modellen i stedet for enslig tillegges de rene alderskriteriene og dødelighet noe lavere vekt (den estimerte koeffisienten for alderskriteriene er marginalt lavere)
- Hvorvidt vi inkluderer lavinntekt eller lavutdanning påvirker den estimerte koeffisienten for aldersgruppene 80-89 år og over 90 år, som tillegges noe høyere vekt når lavutdanning benyttes i stedet for lavinntekt. Også estimatet for enpersonshusholdning/enslig blir noe høyere når lavutdanning benyttes, altså vil enpersonshusholdning/enslig tillegges noe høyere vekt dersom lavutdanning benyttes som kriterium.
- I en modell hvor vi verken inkluderer lavinntekt eller lavutdanning er forklart varians tilnærmet uendret, og de estimerte koeffisientene er forholdsvis uendret, med unntak av de over 90 år (for hjemmetjenester og FO3 samlet), som får en noe høyere estimert verdi

Basert på analysene kan vi ikke finne noen tungtveiende argumenter for å endre kriteriesettet som fanger opp behovet for tjenester blant de eldre tjenestemottakerne. Om noe kan man kanskje vurdere å erstatte lavutdanning med lavinntekt, men også for denne variabelen er det ikke noe entydig som tilsier at den ene spesifikasjonen er bedre enn den andre. Når vi i de videre analysene inkluderer sykdomsforekomst velger vi å gå videre med modellen med enpersonshusholdning og lavinntekt.

Tabell 7.16 Regresjonsresultater for modellspesifikasjoner med enpersonshusholdning og enslige for befolkningen over 67 år

	Modell med enpersonshusholdning			Modell med enslig		
	Lavinntekt	Lavutdanning	Ingen	Lavinntekt	Lavutdanning	Ingen
Panel A: FO3 samlet						
80-89 år	0,271**	0,293**	0,294**	0,282**	0,308**	0,309**
Over 90 år	0,794**	0,832**	0,843**	0,786**	0,829**	0,840**
67-79 år * dødelighet	0,396**	0,407**	0,414**	0,398**	0,413**	0,419**
Enpersonshusholdning 67-79 år	0,108**	0,137**	0,141**			
Enpersonshusholdning 80-89 år	0,324**	0,339**	0,346**			
Inntekt under median	0,0978**			0,109**		
Lavutdanning		0,0690**			0,0692**	
Enslig 67-79 år				0,0917**	0,119**	0,123**
Enslig 80-89 år				0,297**	0,310**	0,317**
R ²	0,393	0,388	0,384	0,387	0,380	0,376
Panel B: Hjemmetjenester						
80-89 år	0,204**	0,222**	0,223**	0,196**	0,215**	0,216**
Over 90 år	0,453**	0,484**	0,493**	0,453**	0,485**	0,493**
67-79 år og dødelighet	0,289**	0,297**	0,303**	0,290**	0,301**	0,306**
Enpersonshusholdning 67-79 år	0,0787**	0,102**	0,105**			
Enpersonshusholdning 80-89 år	0,167**	0,178**	0,184**			
Inntekt under median	0,0785**			0,0826**		
Lavutdanning		0,0546**			0,0534**	
Enslig 67-79 år				0,0752**	0,0956**	0,0989**
Enslig 80-89 år				0,181**	0,190**	0,196**
R ²	0,190	0,186	0,183	0,192	0,187	0,184
Panel C: Institusjonstjenester						
80-89 år	0,110**	0,120**	0,121**	0,128**	0,139**	0,140**
Over 90 år	0,484**	0,500**	0,505**	0,477**	0,496**	0,501**
67-79 år og dødelighet	0,244**	0,249**	0,252**	0,245**	0,251**	0,254**
Enpersonshusholdning 67-79 år	0,0219**	0,0343**	0,0359**			
Enpersonshusholdning 80-89 år	0,122**	0,129**	0,131**			
Inntekt under median	0,0417**			0,0478**		
Lavutdanning		0,0281**			0,0294**	
Enslig 67-79 år				0,0106**	0,0225**	0,0243**
Enslig 80-89 år				0,0877**	0,0931**	0,0964**
R ²	0,206	0,204	0,203	0,202	0,199	0,198
N	197 647	197 647	197 647	197 647	197 647	197 647

Regresjonsanalyser hvor sykdomsforekomst er inkludert

Med utgangspunkt i modellen med enpersonshusholdning og lavinntekt inkluderer vi én og én sykdomsforekomst separat. Resultater fra disse regresjonene viser at særlig hjemmetjenestebehovet bedre kan fanges opp dersom vi inkluderer fire typer sykdomsforekomst: kreft, lett og tung psykiatri og demens. For institusjonstjenester er det kun demens det er relevant å inkludere. Resultater fra regresjonsanalysene hvor sykdomsforekomst er inkludert er rapportert i Tabell 7.17.

Ved å inkludere sykdomsforekomst oppnår vi at betydningen av alderskriteriet 80-89 og dødelighet reduseres noe, og samtidig får vi en modell som bedre forklarer variasjonen i etterspørselen etter tjenester. Særlig modellen for hjemmetjenester treffer bedre med de utvidelsene og endringene i kriteriesettet som vi gjør her.

Tabell 7.17 Regresjonsresultater for modellen hvor sykdomsforekomst inkluderes, for befolkningen over 67 år

	FO3	HJTJ	INST	STØTTE
80-89 år	0,250**	0,173**	0,107**	0,132**
Over 90 år	0,786**	0,440**	0,482**	0,482**
67-79 år og dødelighet	0,346**	0,217**	0,241**	0,126**
Enpersonshusholdning 67-79 år	0,102**	0,0686**	0,0223**	0,0494**
Enpersonshusholdning 80-89 år	0,325**	0,167**	0,124**	0,273**
Inntekt under median	0,0922**	0,0702**	0,0417**	0,0378**
Kreft	0,202**	0,275**		0,121**
Lett psykiatri	0,0738**	0,142**		0,137**
Tung psykiatri	0,230**	0,308**		0,215**
Demens	0,321**	0,398**	0,183**	0,344**
N	197 647	197 647	197 647	197 647
R ²	0,418	0,255	0,210	0,285

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Oppsummering – befolkningen over 67 år

De separate analysene for den eldre del av befolkningen viser at alderskriteriene fungerer godt til å fange opp behovet for denne gruppen. Basert på analysene over er det ingen tungtveiende argumenter for å endre kriteriesettet som fanger opp behovet for tjenester blant de eldre tjenestemottakerne. Vi har i det endelige kriteriesettet foreslått å erstatte lavutdanning med lavinntekt, samt å benytte enpersonshusholdning i stedet for enslig (ikke-gift). I tillegg forslår vi å inkludere fire sykdomsforekomster: kreft, lett- og tung psykiatri og demens. Ved å inkludere mål på sykkelighet får vi en modell som bedre forklarer variasjonen i etterspørselen etter tjenester. Særlig modellen for hjemmetjenester treffer bedre med de utvidelsene og endringene i kriteriesettet som vi gjør her.

7.2.3 Nye kriterier, samlet analyse

I dette avsnittet estimerer vi en modell for hele befolkningen samlet hvor vi inkluderer de nye kriteriene og endringene som vi har foreslått, basert på de separate analysene for befolkningen under og over 67 år. Resultatet er rapportert i Tabell 7.18, og viser at den samlede modellen i store trekk speiler de separate regresjonene for yngre og eldre. De største forskjellene ser vi særlig for alderskriterier. I analysen som ligger til grunn for tabell 7.17 ses etterspørselen for 80-89 åringer i forhold til alle personer under 67 år, mens i den separate analysen for eldre ses etterspørselen til 80-89 åringer i forhold til etterspørselen etter tjenester for 67-79 åringer. Det vil nødvendigvis gi noen forskjeller i koeffisientestimatene, men for eksempel for hjelpestønad, forhøyet sats, er det liten

forskjell i koeffisientestimatet i den samlede analysen og i den separate analysen for de yngre i befolkningen.

Vi har informasjon om omfanget av tjenester for hjemmetjenester i og med at vi for de fleste hjemmetjenestemottakerne også har informasjon om vedtatte timer per uke.¹² I kolonne (5) har vi derfor erstattet avhengig variabel med timer per uke for hjemmetjenesten for å se om variablene som beskriver etterspørselen etter tjenester, også gjenspeiler forskjeller i omfanget av hjemmetjenester. De som ikke mottar hjemmetjenester gis verdien 0 på antall timer hjemmetjenester per uke. Kolonne (5) kan ikke direkte sammenlignes med kolonne (2) hvor vi analyserer etterspørselen etter hjemmetjenester uavhengig av omfang på tjenesten, i og med at avhengig variabel er dikotom (tar verdien 1 eller 0) i kolonne (2), mens den er kontinuerlig i kolonne (5). Det vi kan se ved å sammenligne de to kolonnene er om de samme variablene som har relativt stor effekt når vi ser på etterspørselen etter tjeneste/ikke tjeneste også er de samme når vi analyserer etterspørselen etter timer hjemmetjenester. Enkle sammenligninger viser at det er de samme fire variablene (over 90 år, hjelpestønad (forhøyet sats), hjelpestønadmottaker og ufør, samt demens) som har størst effekt både i kolonne (2) og kolonne (5), men rekkefølgen varierer noe. Mens 90+ kommer ut med størst effekt når vi ser på etterspørsel etter tjeneste i kolonne (2), er det hjelpestønadmottaker og samtidig ufør som kommer ut med størst koeffisientestimat når vi analyserer etterspørselen etter omfanget på hjemmetjenester i kolonne (5). I begge analysene er det hjelpestønad (forhøyet sats) som er den variabelen som har nest størst koeffisientestimat.

I grove trekk kan det se ut som alderskriteriene tillegges noe høyere vekt i analysene med etterspørsel etter tjeneste/ikke tjeneste, mens analyser hvor vi også utnytter informasjonen om hvor mange timer hjemmetjenester som etterspørres tillegger sykdomsforekomstene noe større vekt.

Basert på enkle gjennomsnitt finner vi at hjemmetjenestemottakerne under 67 år i gjennomsnitt mottar 3 ganger så mange timer hjelp som hjemmetjenestemottakeren over 67 år. Hvis vi derimot sammenligner medianen for disse to gruppene, er antall timer hjelp per uke tilnærmet likt. Dette reflekterer at det er noen tilfeller med veldig stort behov for tjenester som drar opp gjennomsnittlig antall timer for de yngste hjemmetjenestemottakerne, men også når vi sammenligner 75 prosentilen finner vi store forskjeller mellom de yngre og de eldre hjemmetjenestemottakerne, hvor de yngste hjemmetjenestemottakerne mottar nesten dobbelt så mange timer hjemmetjenester per uke.

Tabell 7.18 Samlet regresjon med nytt kriteriesett for hele befolkningen

	FO3	HJT	INST	STØTTE	TIMER HJT
67-79 år	0,0351**	0,0212**	0,0104**	0,0105**	0,0403**
80-89 år	0,307**	0,218**	0,126**	0,162**	0,663**
Over 90 år	0,861**	0,496**	0,510**	0,516**	2,365**
Enpersonshusholdning 67-79 år	0,131**	0,0948**	0,0328**	0,0690**	0,372**
Enpersonshusholdning 80-89 år	0,343**	0,182**	0,132**	0,283**	0,772**
67-79 år * dødelighet	0,363**	0,243**	0,246**	0,149**	1,444**
50-66 år * dødelighet	0,180**	0,129**	0,0992**	0,0311**	0,215**
Inntekt under median	0,0170**	0,0144**	0,00422**	0,00513**	0,0448**
Hjelpestønad, forhøyet sats	0,495**	0,417**	0,0656**	0,193**	7,496**
Ufør og enslig	0,192**	0,165**	0,0263**	0,0662**	2,097**
Hjelpestønadmottaker og ufør	0,423**	0,384**	0,0505**	0,312**	10,13**
Tung psykiatri	0,189**	0,199**		0,0723**	1,024**
Lett psykiatri	0,0339**	0,0518**		0,0382**	0,147**
Kreft	0,197**	0,237**		0,0873**	1,564**

¹² Vi benytter korrigerte timer, hvor maksimalt antall timer per uke settes lik 60. De som mottar mer enn 60 timer per uke blir dermed registrert med 60 timer per uke. På den måten tar vi høyde for toppfinansieringsordningen som kompenserer for utgifter knyttet til ressurskrevende brukere.

Demens	0,318**	0,386**	0,179**	0,336**	2,401**
N	1 798 917	1 798 917	1 798 917	1 798 917	1 798 917
R ²	0,479	0,327	0,277	0,342	0,153

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

7.3 Funksjonsområde 4 Økonomisk sosialhjelp og KVP

Tjenestene innenfor FO4 består av økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram med tilhørende kvalifiseringsstønad. Økonomisk sosialhjelp sto i 2014 for 72 prosent av ressursbruken innenfor FO4.

Økonomisk sosialhjelp og deltakelse i kvalifiseringsprogram, målt som mottak av kvalifiseringsstønad analyseres både hver for seg og samlet. Siden økonomisk sosialhjelp er den klart dominerende tjenesten innenfor FO4 vil analyser for de to tjenestene samlet gi stort sett samme resultater som for mottak av sosialhjelp. Siden økonomisk sosialhjelp står for en relativt større andel av FO4 vil disse resultatene tillegges større vekt enn resultatene for kvalifiseringsstønad.

Tallmaterialet dekker perioden 2010-2012. Populasjonen er avgrenset til aldersgruppa 18-67 år.¹³ For begge tjenestene har vi informasjon om hvem som mottar tjenesten og eventuelt hvor mange måneder de mottar tjenesten. For økonomisk sosialhjelp har vi i tillegg fått utlevert informasjon om beløp.¹⁴

Første del av analysen tar utgangspunkt i kriteriene som inngår i kostnadsnøkkelen til FO4 i dag for å vurdere om disse er relevante for å forklare hvem som mottar tjenester innenfor FO4. Neste skritt er en deskriptiv analyse av hva som kjennetegner tjenestemottakere sammenlignet med personer som ikke mottar tjenester innenfor FO4. Hensikten med denne øvelsen er å se ulike bakgrunnsvariabler i sammenheng, for å vurdere om ulike kombinasjoner av individkjennetegn kan brukes til å identifisere personer med høyere sannsynlighet for å motta tjenester innenfor FO4. Siste del er en samlet analyse av eksisterende og potensielt nye kriterier.

7.3.1 Eksisterende kriterier

Dagens kriterier består av utdanning og inntekt, innvandringsstatus, flytting, sivilstatus og status som enslig forsørger, og et alderskriterium (20-49 år), der lav inntekt er vektet klart høyest. I tillegg er det inkludert et kriterium for kommunalt disponerte utleieboliger. Som nevnt tidligere har vi ikke informasjon om hvem som bor i kommunalt disponert utleiebolig, så vi vil ikke kunne undersøke relevansen av kriteriet på individnivå.

Tabell 7.19 Kriterier for FO4

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel enslige forsørgere	0,03
2	Andel enslige forsørgere*Lavinntekts-*Utflyttingsindeks	0,12
3	Andel ikke gifte personer 20-49 år	0,04
4	Andel ikke gifte personer 20-49 år*Lavinntekts-*Lavutdanningsindeks	0,33
5	Andel ikke gifte personer 20-49 år*Lavutdannings-*Utflyttingsindeks	0,10
6	Andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt iht. Fafos levekårsundersøkelse	0,34
7	Andel kommunalt disponerte utleieboliger	0,04
	Sum	1,00

¹³ En alternativ avgrensning ville vært ved 66 år. Datamaterialet viser imidlertid at mange mottar økonomisk sosialhjelp også det året de fyller 67 år, og vi har derfor valgt å inkludere dem i analysene.

¹⁴ Mottatt stønadsbeløp innenfor kvalifiseringsprogrammet blir ikke registrert i forløpsdatabasen i FD-Trygd, som vi har fått data fra

Error! Reference source not found. viser resultatene for et sett med regresjonsmodeller, der avhengig variabel er mottak av tjeneste innenfor FO4 (kolonne (1)), mottak av økonomisk sosialhjelp (kolonne (2)) og mottak av kvalifiseringsstønad (kolonne (3)). Kolonne (4) og (5) viser resultatene fra modeller der avhengig variabel er antall måneder tjenestene er mottatt.

Tabell 7.20 Analyser av eksisterende kriterier

	Mottak av tjeneste			Antall måneder med tjeneste	
	(1) FO4	(2) Økonomisk sosialhjelp	(3) Kvalifiseringsstønad	(4) Økonomisk sosialhjelp	(5) Kvalifiseringsstønad
Enslig forsørger	0.164**	0.165**	0.006**	0.788**	0.029**
20-49 år	-0.000	-0.001**	0.002**	-0.028**	0.013**
Enslig	0.027**	0.028**	0.001**	0.164**	0.003**
Inntekt 50 % under median	0.080**	0.079**	0.006**	0.606**	0.024**
Lavutdanning	0.076**	0.073**	0.009**	0.446**	0.052**
Ikke-vestlig innvandrere 1. gen.	0.063**	0.058**	0.012**	0.396**	0.076**
Ikke-vestlig innvandrere 2. gen.	-0.019**	-0.018**	-0.001**	-0.152**	-0.009**
Flyttet	0.020**	0.020**	0.000	0.118**	-0.001
R ²	0.09	0.09	0.01	0.07	0.01
N	1 273 225	1 273 225	1 273 225	1 273 225	1 273 225

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Nesten alle variablene har positive, statistisk signifikante effekter i alle modellene (1-prosentnivå). Unntaket er alderskriteriet 20-49 år, som reduserer tilbøyeligheten til å motta økonomisk sosialhjelp, og 2. generasjons innvandrere fra ikke-vestlig land, som ikke er forbundet med mottak av tjenester innenfor FO4. Flytting er heller ikke forbundet med mottak av kvalifiseringsstønad. De øvrige variablene gir signifikant høyere sannsynlighet for å motta tjenester innenfor FO4.

Det er store forskjeller i hvor sterke effektene er. Stort sett er effektene høyere for mottak av sosialhjelp enn kvalifiseringsstønad. R², som er et mål på hvor treffsikker modellen er, er også høyere for økonomisk sosialhjelp enn for kvalifiseringsstønad (kolonne (2) og (3)). Som vi har vært inne på tidligere skyldes det at det er få mottakere av kvalifiseringsstønad i materialet vårt,¹⁵ noe som gjør dem vanskeligere å identifisere.

Den sterkeste effekten finner vi for status som enslig forsørger, fulgt av lavutdanning og 1. generasjons innvandrere fra ikke-vestlig land. De fleste av de eksisterende kriteriene å være relevante, med unntak av alderskriteriet 20-49 år (økonomisk sosialhjelp) og flytting (kvalifiseringsstønad). Barn av foreldre født i ikke-vestlige land har også lavere tilbøyelighet til å motta tjenester.

På bakgrunn av casestudiene og innspill fra referansegruppen er det ønskelig å undersøke om yngre tjenestemottakere har andre kjennetegn enn eldre tjenestemottakere, og eventuelt å vurdere om de eksisterende kriteriene er like treffsikre for yngre som for eldre brukere. Modellen i kolonne (1) er derfor også beregnet kun blant personer under 35 (ikke vist i tabellen). Denne modellen har noe høyere forklaringskraft (R²), men koeffisientene forandres i liten grad. Unntaket er lavinntekt, som får svakere effekt, og lavutdanning, som får sterkere effekt. Begge disse endringene er rimelig med tanke på at yngre har lavere inntekt, men høyere utdanningsnivå enn eldre. Status som enslig forsørger slår også noe sterkere ut. Alt i alt ser det ut til at de eksisterende kriteriene forklarer tjenestebehovet blant yngre brukere like godt som blant brukerne forøvrig.

7.3.2 Deskriptiv statistikk for aktuelle kriterier

For å vurdere nye kriterier og eventuelt kombinasjoner av kriterier som beskriver mottakere fra tjenester innenfor FO4 har vi sett på deskriptiv statistikk for å finne kjennetegn som er mer vanlige

¹⁵ Gjennomsnittlig verdi for økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønad er henholdsvis 0,028 og 0,003.

blant mottakere enn blant ikke-mottakere. Antallet kjennetegn og mulige kombinasjoner av kjennetegn er svært stort, og vi har derfor begrenset oss til faktorer som har kommet opp i casestudien eller i møte med personer i Oslo kommune. Vi har også sett på effekten av sykелighet, spesielt psykiatri. Vi har også rettet oppmerksomheten mot mulige forskjeller i ulike aldersgrupper, og derfor delt inn populasjonen i tre jevnstore aldersgrupper: 18-35 år, 36-50 år, og 51-67 år for å se om noen av de andre kjennetegnene er ulikt fordelt i ulike aldersgrupper.

Gjennom casestudiene ble svak arbeidsmarkedstilknytning og manglende fullført utdanning trukket fram som mulige kjennetegn på mottakere av tjenester innenfor FO4. **Error! Reference source not found.** sammenligner andelen med ulike kjennetegn blant tjenestemottakere og personer som ikke mottar tjenester. Andelen helt ledige er høyere blant tjenestemottakere enn blant dem som ikke mottar tjenester innenfor FO4, og forskjellen er særlig stor i det yngste alderssegmentet, som sannsynligvis i mindre grad har opptjent rettigheter innenfor folketrygden. Andelen med manglende fullført videregående opplæring er også høyere blant personer som mottar tjenester innenfor FO4, og igjen er forskjellen størst blant de yngste. Tabellen viser også at inntekt under medianen favner klart bredere enn inntekt 50 prosent under median, men også inkluderer mange som ikke mottar tjenester innenfor FO4. Både sysselsetting, manglende fullført videregående opplæring og inntekt under median, inkludert mulige forskjeller mellom ulike aldersgrupper, vil testes i neste avsnitt.

Tabell 7.21 Utdanning, sysselsetting og inntekt blant mottakere og ikke-mottakere av tjenester innenfor FO4 aldersgrupper. Prosentandeler blant ulike aldersgrupper

Mottar FO4	Helt ledige		Uten fullført VGO		Manglende registrert utdanning		Inntekt 50 prosent under median		Inntekt under median	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
18-35 år	48,4	8,4	64,2	17,7	12,6	8,8	46,2	17,7	93,8	47,1
36-50 år	35,2	7,1	51,2	15,2	10,7	5,2	45,8	8,9	95,3	35,3
51-67 år	24,2	3,6	45,1	17,6	9,5	2,3	45,1	7,3	95,1	32,6

Botid blant innvandrere kom opp som mulig forklaringsfaktor i casestudiene. Vi finner imidlertid ingen forskjell i gjennomsnittlig botid blant mottakere og ikke-mottakere av tjenester innenfor FO4. Forskjellen i andelen med lav inntekt blant mottakere og ikke-mottakere er også mindre blant ikke-vestlige innvandrere.

I forbindelse med status som enslig forsørger har antall barn blitt nevnt som en mulig tilleggsfaktor som påvirker sannsynligheten for at enslige forsørgere har behov for tjenester innenfor FO4. Nærmere undersøkelser viser at enslige forsørgere som mottar tjenester innenfor FO4 i gjennomsnitt har flere barn enn enslige forsørgere som ikke mottar tjenester innenfor FO4, men forskjellen er liten. Av enslige forsørgere med tre barn eller flere mottar knapt halvparten tjenester innenfor FO4. I materialet vårt er det imidlertid få enslige forsørgere som har mer enn to barn (og enda færre som har mer enn tre), og det kan dermed fort bli et snevert kriterium som fanger opp få brukere. Dersom vi begrenser oss til å se på kun de som mottar økonomisk sosialhjelp finner vi at gjennomsnitt antall måneder med mottatt sosialhjelp er omtrent det samme uavhengig av antall barn, men mottatt beløp er høyere blant enslig forsørgere med minst tre barn. Vi velger derfor å inkludere enslig forsørger med tre barn eller mer som mulig nytt kriterium i de videre analysene.

Av ulike mål på sykелighet er rus og psykiatri de mest relevante for mottak av tjenester innenfor FO4, særlig for økonomisk sosialhjelp. **Error! Reference source not found.** viser andelen som bruker medikamenter mot rusavhengighet, og lette og tunge psykiske lidelser, og tung psykiatri i familien. Andre mål på sykелighet er i liten grad skjevt fordelt blant mottakere og ikke-mottakere innenfor FO4. Ikke alle forskjellene er like store, men tendensen er at mottakerne av FO4 i større grad bruker medikamenter knyttet til rus og psykiatri. Vi finner også at mottakerne av FO4 i større grad har personer med tunge psykiatriske lidelser i familien. Aldersgradienten er ikke like tydelig, med unntak av lett psykiatri, der medikamentbruken er mer vanlig blant de eldre. I gruppa 51-67 år er det imidlertid også en høyere andel som bruker medikamenter også blant de som ikke mottar tjenester

innenfor FO4. Sett under ett er overhyppigheten i medikamentbruk blant brukerne av FO4 størst i aldersgruppa 36-50 år.

Tabell 7.22 Medikamentbruk knyttet til rus og psykiatri mottakere og ikke-mottakere av tjenester innenfor FO4 aldersgrupper. Prosentandeler blant ulike aldersgrupper

Mottar FO4	Rus		Lett psykiatri		Tung psykiatri		Tung psykiatri i familien	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
18-35 år	2,6	0,1	9,9	4,3	8,4	1,3	9,4	2,3
36-50 år	7,0	0,4	16,6	8,3	11,3	2,6	12,3	3,6
51-67 år	4,5	0,4	23,2	17,6	10,2	3,5	11,3	4,8

7.3.3 Nye kriterier

Error! Reference source not found. viser et utvalg regresjonsmodeller for FO4 samlet, mottak av økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønad, og antall måneder med mottak av økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønad. Av de eksisterende kriteriene er status som 2. generasjon innvandrere fra ikke-vestlig land tatt helt ut på grunn av manglende effekt. Aldersgruppa 20-49 er kun tatt ut for mottak av økonomisk sosialhjelp, mens flytting er tatt ut for mottak av kvalifiseringsstønad. Som diskutert tidligere bidro disse i liten grad til å forklare mottak av tjenester, og effektene var til dels negative. Dette inntrykket fra de innledende analysene ble bekreftet ved nærmere analyser der også mulige nye kriterier ble lagt til. Inntekt 50 prosent under median ble forsøkt erstattet med inntekt under median, men analysene viste at opprinnelig operasjonisering (50 prosent under median) var bedre, så den er beholdt.

Tabell 7.23 Analyser av eksisterende og mulige nye kriterier

	Mottak av tjeneste			Antall måneder med tjeneste	
	(1) FO4	(2) Øk. sosialhjelp	(3) Kvalifiserings stønad	(4) Øk. sosialhjelp	(5) Kvalifiserings stønad
Enslig forsørger	0.121**	0.123**		0.515**	
Enslig forsørger for minst tre barn	0.177**	0.172**	0.023**	1.221**	0.144**
20-49 år			0.001**		0.009**
Enslig	0.024**	0.025**	0.001**	0.141**	0.003**
Inntekt 50 % under median	0.070**	0.069**	0.005**	0.543**	0.019**
Ikke-vestlig innvandrere 1. gen.	0.055**	0.050**	0.011**	0.351**	0.072**
Flyttet	0.016**	0.017**		0.096**	
Lavutdanning	0.054**	0.051**	0.007**	0.336**	0.044**
Ikke fullført VGO 22-35 år	0.022**	0.022**	0.003**	0.061**	0.014**
Helt arbeidsledig	0.125**	0.122**	0.013**	0.735**	0.054**
Rus	0.341**	0.341**		2.272**	
Lett psykiatri	0.033**	0.033**		0.192**	
Tung psykiatri	0.091**	0.092**		0.519**	
R ²	0,15	0,14	0,02	0,11	0,01
N	1 273 225	1 273 225	1 273 225	1 273 225	1 273 225

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R² måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Av mulige nye kriterier har vi lagt til variabler som måler status som helt arbeidsledig, manglende fullført videregående opplæring i aldersgruppa 22-35 år, status som enslig forsørger med tre barn eller mer, og et sett med variabler som fanger opp medikamentbruk knyttet til rus, lett og tung psykiatri. De nye variablene er i hovedsak statistisk signifikante på 1-prosentnivå uavhengig av hvordan modellen er spesifisert. Modellenes forklaringskraft, målt ved R², har også økt, både for FO4 samlet og for

økonomisk sosialhjelp. Modellen forklarer fortsatt i svært liten grad mottak av kvalifiseringsstønad. Dette skyldes som nevnt tidligere at tjenesten omfatter svært få personer, noe som gjør det vanskeligere å identifisere mottakerne.

Både status som enslig forsørger og enslig forsørger med minst tre barn gir økt sannsynlighet for å motta økonomisk sosialhjelp. For kvalifiseringsstønad er det ingen effekt av enslig forsørger, bare av enslig forsørger med flere barn. Dette gjelder både hvis vi ser på mottak/ikke mottak av stønad, og hvis vi ser på antall måneder med mottatt stønad.

Lavutdanning er fortsatt forbundet med større sannsynlighet for å motta tjenester innenfor FO4. I tillegg ble ulike mål på frafall fra videregående opplæring forsøkt. Den sterkeste og mest konsistente effekten fant vi for personer i alderen 22-35 år som ikke har fullført videregående opplæring, men effekten er ikke spesielt sterk, selv om den er statistisk signifikant. Alternative inndelinger etter alder ga enten svakere effekt eller inkluderte færre personer. Det kan skyldes at en del yngre fortsatt er under opplæring, mens eldre i større grad har opptjent rett til ytelser som dagpenger.

Manglende sysselsetting, operasjonalisert som de som er registrert som helt ledige av Nav, er forbundet med høyere sannsynlighet for å motta økonomisk sosialhjelp, og noe høyere sannsynlighet for å motta kvalifiseringsstønad.

Effekten av medikamentbruk er positiv og statistisk signifikant for økonomisk sosialhjelp (både mottak/ikke mottak og antall måneder) og for FO4 samlet. Derimot viste innledende analyser at slik medikamentbruk er forbundet med lavere sannsynlighet for å motta kvalifiseringsstønad. Dette er omtrent som ventet, gitt vilkårene for å få plass på tiltak innenfor kvalifiseringsprogrammet. Variablene ble følgelig tatt ut av modellen. **Error! Reference source not found.**, kolonne (3) og (5) viser altså resultatene av en modell der disse målene på sykkelighet ikke er tatt med.

Alt i alt viser analysene at eksisterende kriterier bidrar til å forklare tjenestebehovet innenfor FO4, men noe ulikt for økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønad. Av nye kriterier som er forsøkt gir både arbeidsledighet og frafall fra videregående opplæring økt sannsynlighet for å motta tjenester. Betydningen av å være enslig forsørger for tjenestemottak er større dersom man også tar hensyn til antall barn. Medikamentbruk knyttet til rus og lettere og tyngre psykiske lidelser er forbundet med økt sannsynlighet for å motta økonomisk sosialhjelp.

7.4 Funksjonsområde 1 Helse, sosial og nærmiljø

Tjenestene under FO1 er både fellesgoder og/eller av forebyggende art. Utgifter til bydelsutvalg, bydelsadministrasjon og miljø- og naturverntiltak inngår også her. I tillegg inngår alle forebyggende og behandlende tiltak innen helse-, rus- og sosialtjenesten som ikke spesifikt retter seg mot barn/ungdom, eldre eller funksjonshemmede. Også samfunnsmedisinske oppgaver blir ivaretatt innenfor dette funksjonsområdet (Oslo kommune, 2014). I regnskapet for 2014 utgjorde FO1 ca. 1,7 milliarder kroner (ca. ni prosent) av de kriteriefordelte midlene. Den største utgiftsposten for FO1 er posten råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid med ca. 37 prosent av utgiftene, deretter følger diagnose, behandling og re-/habilitering med i overkant av 19 prosent av utgiftene, Introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger utgjorde ni prosent, tiltak til personer med rusproblemer ca. 8 prosent og arbeidsrettede tiltak i kommunal regi utgjorde 6 prosent av utgiftene. Administrasjonsutgiftene for 2014 lå rett i overkant av 4 prosent av netto utgifter.

Av individbaserte tjenester som ligger inne i FO1 har vi i denne evalueringen hatt tilgang til individdata på Introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger og for rehabilitering utenfor institusjon. Mens Introduksjonsordningen sto for 9 prosent av utgiftene i FO1 for 2014 så inngår rehabilitering utenfor institusjon i samleposten diagnose, behandling, re-/habilitering som totalt utgjorde i overkant av 19 prosent av utgiftene. Disse individrettede tjenestene utgjør med andre ord en forholdsvis liten del av de samlede utgiftene for FO1, noe som svekker relevansen av individanalysene for dette funksjonsområdet, og det er også derfor vi har valgt å presentere resultatene fra FO1 til slutt. Av samme grunn er det heller ikke særlig relevant å beregne kriterievekter og fordelingsvirkninger for disse tjenestene.

7.4.1 Eksisterende kriterier

Dagens kriterier for FO1 har en profil som gjenspeiler at funksjonsområdet er innrettet mot marginaliserte grupper i samfunnet, ikke ulikt kriteriene for FO4, men med et noe klarere helsefokus. Inne i dette kriteriesettet ligger også et par kriterier som i større grad skal fange opp bydelenes administrasjonsutgifter og andre fellesgoder. Dette gjelder andel av samlet innbyggertall og andel av budsjett. Disse kriteriene er altså definert på bydelsnivå, og vil derfor ikke kunne vurderes i individbaserte regresjonsanalyser. Kriteriene er gjengitt i Tabell 7.24.

Tabell 7.24 Kriterier for FO1

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel av samlet innbyggertall	0,360
2	Andel med uføretrygd 18-66 år, rehabiliterings- og attføringspenger og hjelpestønad	0,045
3	Andel personer 20-66 år * Lavinntekts- * Lavutdanningsindeks	0,280
4	Andel personer 20-66 år * Lavinntekts- * Utflyttingsindeks	0,050
5	Andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt	0,100
6	Andel av budsjett Dok. 3	0,165
	Sum	1,000

7.4.2 Introduksjonsprogrammet

Formålet med introduksjonsordningen er å bidra til en lettere og raskere integrering av nyankomne flyktninger i det norske samfunnet. Av kriteriene for FO1 er det kun kriteriet andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt som er spesifikt innrettet for å fange opp den aktuelle målgruppen for denne tjenesten. Dette gjenspeiles også i regresjonsanalysen i Tabell 7.25 hvor et fåtall variabler har en positiv og signifikant effekt. Kun ikke-vestlig landbakgrunn, inntekt under medianen og lav utdanning har signifikante og positive effekter. Det betyr at det er kun disse kjennetegnene som øker sannsynligheten for programdeltakelse. For stønads- og trygdevariablene er effekten signifikant, men deltakelse i disse ordningene reduserer sannsynligheten for deltakelse i Introduksjonsprogrammet. Av de variablene som har en signifikant, positiv effekt så har ikke-vestlig klart størst effekt etterfulgt av *inntekt under medianen* og *lav utdanning* med tilnærmet samme effekt.

Tabell 7.25 Regresjonsanalyse for Introduksjonsprogrammet, eksisterende kriterier

Introduksjonsprogrammet	
Arbeidsavklaringspenger	-0,001**
Attføringspenger	-0,001**
Hjelpestønad	-0,001**
Uføretrygd	-0,001**
Lav utdanning	0,001**
Ukjent utdanning	-0,000
Flyttet	0,000
Inntekt under medianen	0,001**
Ikke Vestlig	0,003**
R^2	0,003
N	586 672

Ustandardiserte B-koeffisienter. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. R^2 måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

At ikke-vestlig landbakgrunn har en stor betydning er naturlig, gitt at Introduksjonsprogrammet er innrettet mot flyktninger, som nesten utelukkende kommer fra ikke-vestlige land. Dette framgår også av Tabell 7.26. Her ser vi at av 498 deltakere så er det kun 2 med vestlig bakgrunn.

Tabell 7.26 Deltakere i Introduksjonsprogrammet fordelt på vestlig og ikke-vestlig landbakgrunn.

Ikke-vestlig innvandrere	Antall	Prosent	Kumulativt
0	2	0,4	0,4
1	496	99,6	100
Total	498	100	

Samlet sett har kriteriene som er analysert beskjedne forklaringskraft med ca. 0,3 prosent forklart varians (Tabell 7.25). Dette kommer dels av at det er et lite antall deltakere i programmet (i forhold til populasjonen), men skyldes også at de inkluderte kriteriene i begrenset grad forklarer deltakelse i programmet.

Introduksjonsprogrammet er spesifikt innrettet mot nyankomne flyktninger. Det er derfor grunn til å vente at botid vil være relevant for å forklare deltakelse. Dette bekreftes langt på vei ved å se på fordelingen av deltakernes botid i Norge. Nærmere 95 prosent av alle deltakerne har bodd 4 eller færre år i landet ved deltakelse i programmet (Tabell 7.27).

Tabell 7.27 Deltakere i Introduksjonsprogrammet fordelt etter botid.

Botid i Norge (år)	Antall	Prosent	Kumulativt
1	176	35,34	35,34
2	121	24,3	59,64
3	128	25,7	85,34
4	47	9,44	94,78
5	20	4,02	98,8
6	4	0,8	99,6
7	2	0,4	100
Totalt	498	100	

Relevansen av botid fremgår også tydelig når botid inkluderes i regresjonsanalysen. I Tabell 7.28 er det gjort to nye regresjonsanalyser. I kolonne (1) er kun to kriterier/variabler inkludert i analysen: ikke vestlig og botid fra 1 til 4 år. Av disse to har botid størst effekt og begge er signifikante. Ser vi på forklart varians (R^2) så forklarer disse to kriteriene/variablene alene nær fem ganger så mye av variasjonen i programdeltakelse som det opprinnelige kriteriesettet (Tabell 7.25). Legger vi til de øvrige kriteriene i analysen, slik vi har gjort i kolonne (2) (Tabell 7.28) ser vi ingen vesentlig bedring i forklart varians. De øvrige kriteriene forklarer med andre ord lite i tillegg til det som allerede er forklart av ikke vestlig og botid alene.

Tabell 7.28 Regresjonsanalyse for Introduksjonsprogrammet, med botid inkludert

Introduksjonsprogrammet	1	2
Arbeidsavklaringspenger		-0,000**
Attføringspenger		-0,000*
Hjelpestønad		-0,000
Uføretrygd		-0,000**
Lav utdanning		0,001**
Ukjent utdanning		-0,002**
Inntekt under medianen		-0,001**
Flyttet		-0,000*
Ikke Vestlig	0,003**	0,003**
Botid 1 – 4 år	0,013**	0,014**
R^2	0,014	0,014
N	586 672	586 672

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R^2 måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

En begrensning i analysen av Introduksjonsprogrammet er at kun data fra 2010 var tilgjengelig på det tidspunktet vi bestilte data. En annen begrensning i datamaterialet er at populasjonen er definert som de som er bosatt i Oslo per 1. januar et gitt år, så for programdeltakere i 2010 som kom i løpet av dette året så ligger ikke disse inne datamaterialet, og de er derfor utelukket fra analysen. Det er altså bare 498 av i alt 874 deltakere i Introduksjonsprogrammet i 2010 som inngår i analysen, men det er lite som skulle tilsi at dette kan fordreie analyseresultatene i en eller annen retning.

7.4.3 Rehabilitering utenfor institusjon

Ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator så har Norges kommuner et ansvar i forhold til å bidra til nødvendige habilitering og rehabiliteringstjenester blant innbyggerne. Habilitering og rehabilitering defineres i § 3 i forskriften som "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". De fleste kommuner (85 prosent) har et tilbud om rehabilitering utenfor institusjon. Dette gjelder også samtlige bydeler i Oslo. Dette tilbudet vil typisk være ambulante ergo- og fysioterapitjenester eller tilbud hos privatpraktiserende fysioterapeuter som bydelene har avtaler med. Det er noe ulik organisatorisk plassering av disse tjenestene blant bydelene. Tilbudet kan være en del av hjemmetjenesten, men kan også være tilknyttet andre enheter (Mørland 2012).

Det er imidlertid dokumentert forhold i registreringspraksis blant bydelene som kan gjøre datagrunnlaget mindre egnet til fremstilling av deskriptiv statistikk og individ-baserte analyser. Ifølge Mørland (2012) er det store forskjeller blant bydelene i forhold til hvordan tjenestene registreres. Det pekes også på at det er ulik praksis for hvorvidt det fattes enkeltvedtak om disse tjenestene, og at det derfor vil være betydelig usikkerhet knyttet til de data som er registrert i GERICA for disse tjenestene. Slike avvik i registreringspraksis vil introdusere betydelig støy (uforklart variasjon) i analysen og kan i verste fall også bidra til feil i evalueringen av kriterienes/variablenes effekt.

Tabell 7.29 Regresjonsanalyse for rehabilitering utenfor institusjon, eksisterende kriterier

Rehabilitering utenfor institusjon	
Arbeidsavklaringspenger	-0,004**
Attføringspenger	0,000
Hjelpestønad	0,020**

Uføretrygd	0,001
Inntekt under medianen	0,008**
Lav utdanning	0,005**
Ukjent utdanning	-0,005**
Flyttet	-0,005**
Ikke Vestlig	-0,008**
R^2	0,01
N	1 798 868

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R^2 måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Resultatene fra regresjonsanalysen i Tabell 7.3029 viser at også for rehabilitering utenfor institusjon er det få kriterier som signifikant og positivt bidrar til å forklare bruk av tjenestene. Kun hjelpestønad, inntekt under medianen og lav utdanning bidrar til å forklare en økt sannsynlighet på individnivå, og ser man på kriteriesettets/variablenes samlede forklaringskraft så er denne bare på 1 prosent. Med tanke på at kriteriene for FO3 (pleie- og omsorgstjenestene) hadde en høy forklart varians så er det naturlig å se om kriteriesettet for FO3 også er bedre egnet til å forklare variasjon i bruken av rehabilitering utenfor institusjon enn dagens kriteriesett.

Tabell 7.30 Regresjonsanalyse for rehabilitering utenfor institusjon. Kriterier hentet fra FO3

Rehabilitering utenfor institusjon	
Forhøyet hjelpestønad, 0-17 år	0,002*
18-49 år	0,001**
50-66 år	0,002**
67-79 år	0,014**
80-89 år	0,055**
90+ år	0,073**
Uføre 18-66	0,008**
Enslig	0,002**
Lav utdanning	0,001**
Dødelighet	0,048**
R^2	0,06
N	1 798 917

Ustandardiserte B-koeffisienter. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå. Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. R^2 måler andel forklart varians i den avhengige variabelen.

Det vi finner når vi analyserer rehabilitering utenfor institusjon med kriteriesettet fra FO3 er at samtlige variabler har en positiv og signifikant effekt (Tabell 7.30). Størst effekt har de to eldste aldersklassene og dødelighet. Vi ser også at kriteriesettets samlede forklaringskraft er seks ganger høyere enn for FO1 kriteriene, selv om den forklarte variansen fortsatt er ganske beskjedne i forhold til hva vi fant for tjenestene som inngår i FO3.

7.4.4 Nærmere vurdering av FO1

FO1 framstår i dag som et svært heterogent tjenesteområde. Funksjonsområdet omfatter både fellesgoder (for eksempel administrasjon og rekreasjon) og forebyggende tjenester (for eksempel

rehabilitering og råd veiledning og sosialt forebyggende arbeid). I det følgende diskuterer vi om regresjonsanalyser tidligere i kapitlet kan være relevant for tjenester innen FO1, samt om tjenester som i dag ligger under FO1 kan overføres til andre funksjonsområder.

Flere av tjenestene innen FO1 har berøringspunkter med andre funksjonsområder. Råd veiledning og sosialt forebyggende arbeid og tiltak til personer med rusproblemer utgjør om lag 45 prosent av bydelens utgifter på FO1 (regnskap 2014). Det er grunn til å tro at kostnadsdriverne for disse tjenestene i stor grad er overlappende med FO4 (økonomisk sosialhjelp og kvalifikasjonsprogram). Dette er også reflektert i dagens kriteriesystem hvor sosiale kriterier teller opp mot 50 prosent i kostnadsnøkkelen for FO1. De regresjonsanalysene som er utført for FO4 vil følgelig være relevante for råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid og tiltak for personer med rusproblemer. Disse to tjenestene, sammen med introduksjonsprogrammet, kommunalt disponerte boliger og arbeidsrettede tiltak i kommunal regi, bør vurderes overført til FO4.

Andre tjenester innen FO1 som forebyggende helsearbeid og diagnose, behandling og rehabilitering har berøringspunkter med FO3 (pleie og omsorg). De to tjenestene utgjør mer enn 20 prosent av bydelens utgifter innen FO1 (regnskap 2014). De analyser som er utført for rehabilitering utenfor institusjon er relevante for disse tjenestene, men det bør vurderes nærmere om også andre kostnadsdrivere er relevante. I det nasjonale overføringssystemet for kommunene består delkostnadsnøkkelen for helsetjenesten i hovedsak av alderskriterier (nærmere 80 prosent), dødelighet (om lag 5 prosent) og bosettingsmønster og kommunestørrelse (om lag 15 prosent). Bosettingsmønster og kommunestørrelse er lite relevant for fordelingen mellom bydeler i Oslo, så trolig er relevant kostnadsdrivere begrenset til alder og helse. Det kan vurderes om enkelte av de nye sykdomskriteriene er relevante for forebyggende helsearbeid og diagnose, behandling og rehabilitering, og om disse tjenestene bør inngå i FO3.

Dersom de tjenester i FO1 som er nevnt over overføres til andre funksjonsområder (fortrinnsvis FO3 og FO4), vil tjenestene under det nye FO1 framstå som mer homogene. Det vil først og fremst være snakk om administrasjon og andre fellesgoder hvor midlene i stor grad bør kunne fordeles etter antall innbyggere.

7.5 Oppsummering

På grunn av få individrettede tjenester i FO1, og dermed en svekket relevans av individbaserte analyser for dette funksjonsområdet, startet vi med FO2b i presentasjonen av resultatene fra analysene. Resultatene av eksisterende kriterier for FO2b viste at samtlige var statistiske signifikante for både hjelpetiltak og omsorgstiltak. Variablene som angir barn i ulike alderskategorier, enslig forsørgerstatus, lavutdanning og lav inntekt gav alle en forventet høyere sannsynlighet for å motta barnevernstjenester. Men analysen viste også at 2. generasjonsinnvandrere hadde en lavere sannsynlighet for å få et omsorgstiltak enn den øvrige populasjonen. I analysen av potensielt nye kriterier fant vi at lavinntektsmålet kunne settes mindre strengt fordi det ekskluderte en for stor andel av brukerne av hjelpetiltak. Videre viste analysene at arbeidsmarkedsstatus, rus og psykiatriske diagnoser hos foreldrene økte sannsynligheten for både hjelpetiltak og omsorgstiltak. Det samme gjaldt også psykiatriske diagnoser hos barn i aldersgruppen 13 til 17 år.

For pleie og omsorgstjenester (FO3) ser vi at samtlige av de opprinnelige variablene er statistisk signifikante, men med litt ulik forklaringskraft. For populasjonen over 67 år forklarer de rene alderskriteriene relativt mye av variasjonen i disse tjenestene, men for den yngre delen av populasjonen forklares lite av alderskriteriene. Videre er betydningen av enslig og lavt utdannet sterkere blant de over 67 år enn de yngre. Enslig er også sterkere assosiert med mottak av hjemmetjenester og støttedfunksjoner enn med institusjonstjenester. Mottak av hjelpestønad med forhøyet sats er i sterk grad assosiert med mottak av hjemmetjenester, i noen grad med støttedfunksjoner, men i liten grad med mottak av institusjonstjenester. De eksisterende kriteriene er samlet sett bedre egnet til å fange opp variasjon i tjenestebehov blant de eldre brukerne enn de yngre brukerne. Blant yngre brukere vil kombinasjoner av ufør og enslig og ufør og mottaker av hjelpestønad bedre modellenes evne til å fange opp behov blant yngre brukere. En ytterligere forbedring kan oppnås ved å inkludere tunge psykiatriske diagnoser.

Analysene av økonomisk sosialhjelp og Kvalifiseringsprogrammet (FO4) viser at de fleste av de opprinnelige variablene har positive og statistisk signifikante effekter. Det er imidlertid to unntak. Dette er alderskriteriet 20-49 år som ikke påvirker sannsynligheten for mottak av sosialhjelp og 2. generasjons innvandrere som ikke øker sannsynligheten for hverken økonomisk sosialhjelp eller deltakelse i kvalifiseringsprogrammet. De variablene som sterkest predikerer tjenester under FO4 er status som enslig forsørger, lavutdanning og 1. generasjons innvandrere fra ikke-vestlige land. Ved å inkludere mål på arbeidsledighet, manglene fullføring av videregående opplæring, enslig forsørger med minst tre barn, rus og psykiatrisk sykdom så bedres modellenes forbedringskraft. Det kan videre se ut til at det nåværende inntektsmålet er litt for restriktivt, og at modellene bedres ved å bruke inntekt under medianen i stedet. Generelt forklarer modellene mottak av økonomisk sosialhjelp bedre enn deltakelse i kvalifiseringsprogrammet.

To individrettede tjenester er analysert under FO1. Dette er Introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon. For førstnevnte tjeneste er det kun ikke-vestlig land-bakgrunn, lav inntekt og lav utdanning som signifikant øker sannsynligheten for mottak av tjenesten. Av disse har ikke-vestlig land-bakgrunn klart sterkest effekt. Modellens forklaringskraft bedres betydelig ved inklusjon av botid i Norge. Av den samlede forklaringskraften til den utvidede modellen forklarer ikke-vestlig landbakgrunn og botid nesten alt alene. Bidraget fra de øvrige variablene er marginalt. For rehabilitering utenfor institusjon er det kun mottak av hjelpestønad, lav inntekt og lav utdanning som signifikant øker sannsynligheten for mottak av tjenesten i særlig grad. Ved å legge til grunn kriteriene fra FO3 i analysen av rehabilitering utenfor institusjon bedres modellens forklaringskraft betydelig. Samlet sett fremstår FO1 som svært heterogent. Flere av de tjenestene som nå ligger inne i FO1 har felles kostnadsdrivere med tjenester under FO3 og FO4. Et mer rendyrket funksjonsområde for administrasjon og andre fellesgoder kan oppnås ved å overføre disse tjenestene til FO3 og FO4.

8 Vekting av kriterier og fordelingsvirkninger

De analysene som er rapportert i kapittel 7 dokumenterer at variablene som inngår i dagens kriteriesystem er relevante, men også at nye variabler som fanger opp sykdom, arbeidsledighet, botid i Norge og frafall fra videregående opplæring bør vurderes tatt inn i kriteriesystemet. For samtlige tjenestoområder som er studert har flere av de nye variablene statistisk signifikant effekt på tjenesteforbruket.

Vi har utført noen tentative fordelingsberegninger basert på utvalgte analysemodeller fra kapittel 7. Mer konkret er fordelingsberegningene basert på kolonne (2) i tabell 7.6 og kolonne (3) i tabell 7.7 for barnevern (FO2B), kolonne (6), (7) og (8) i tabell 7.12 (yngre brukere) og kolonne (2), (3) og (4) i tabell 7.16 (eldre brukere) for pleie og omsorg (FO3), samt kolonne (2) og (3) i tabell 7.22 for økonomisk sosialhjelp og kvalifikasjonsprogram (FO4). De beregnede kostnadsnøkler viser at den samlede vekten på de nye kriteriene er 16,8 prosent i barnevern, 16,2 prosent i pleie og omsorg og 24,9 prosent i økonomisk sosialhjelp og kvalifikasjonsprogram. Enkeltkriteriene med høyest vekt er lett psykiatri (barnevern), tung psykiatri for innbyggere under 67 år (pleie og omsorg) og helt arbeidsledig (økonomisk sosialhjelp og kvalifikasjonsprogram).

Kriteriesystemet innebærer en omfordeling fra bydeler med beregnet utgiftsbehov under gjennomsnittet (for Oslo) og til bydeler med beregnet utgiftsbehov over gjennomsnittet. Det er betydelig samsvar mellom dagens kostnadsnøkler og kostnadsnøkler basert på analysene i kapittel 7 med hensyn til hvilke bydeler som har beregnet utgiftsbehov under gjennomsnittet og hvilke bydeler som har beregnet utgiftsbehov over gjennomsnittet. For barnevern (FO2B) og pleie og omsorg (FO3) er det slikt samsvar for henholdsvis 12 og 13 av 15 bydeler og for økonomisk sosialhjelp og kvalifikasjonsprogram er det samsvar i alle 15 bydeler. Samtidig må det erkjennes at det for den enkelte bydel til dels er betydelige differanser mellom beregnet utgiftsbehov med dagens kriteriesett og beregnet utgiftsbehov basert på regresjonsmodellene fra kapittel 7. Hovedtendensen er at beregnet utgiftsbehov reduseres i bydeler som i dag har beregnet utgiftsbehov over gjennomsnittet og øker i bydeler med beregnet utgiftsbehov under gjennomsnittet.

Sammenliknet med dagens kriteriesystem vil en kostnadsnøkkel basert på analysene i kapittel 7 gi en omfordeling fra østlige til vestlige bydeler. Det betyr ikke nødvendigvis at de østlige bydelene har for god uttelling i dagens kriteriesett, men kan like gjerne være et resultat av begrensninger i de analysene som er utført i kapittel 7. I det følgende diskuterer vi to mulige svakheter ved analysene, at de verken fanger opp omfanget av tjenesteforbruket eller såkalte hopningseffekter.

Omfang av tjenesteforbruk

De avhengige variablene i analysene i kapittel 7 fanger bare opp om den enkelte innbygger er bruker av tjenesten eller ikke, og det skilles ikke mellom brukere med henholdsvis høyt og lavt tjenesteforbruk. En slik modellformulering kan gi utilsiktede fordelingsvirkninger dersom tjenesteforbruket (blant brukerne) varierer systematisk bydelene imellom. De avledede kostnadsnøkler vil i så fall gi en fordeling som er i disfavør av bydeler hvor brukerne gjennomgående har et høyt tjenesteforbruk.

For økonomisk sosialhjelp og hjemmebaserte tjenester har vi informasjon om tjenesteforbruket, henholdsvis antall timer hjelp og mottatt støtte. For disse tjenestene har vi estimert nye regresjonsmodeller hvor den avhengige variabelen også fanger opp tjenesteforbruket, og deretter beregnet kostnadsnøkler og utgiftsbehov. For begge tjenester blir samsvaret med dagens kriteriesett noe bedre, men beregnet utgiftsbehov endres relativt lite i forhold til kostnadsnøkler basert på analysene i kapittel 7. For FO4 blir midlertid samsvaret for tre bydeler med høyt beregnet utgiftsbehov vesentlig bedre.

Hopningseffekter

I de analysene som er utført i kapittel 7 inngår alle forklaringsvariabler lineært. Det betyr at de ikke fanger opp mulige hopningseffekter eller samspillseffekter. I dagens kriteriesett er det en rekke slike hopningseffekter hvor kriteriene (på bydelsnivå) inngår multipliktivt. I FO2B gjelder dette barn med

enslig forsørger og lavutdanning, i FO3 inngår innbyggere 67-79 år multiplikativt med henholdsvis dødelighet og lavutdanning og i FO4 inngår enslige forsørgere, enslige personer 20-49 år, lavinntekt, lavutdanning og utflytting i ulike multiplikative varianter. Multiplikative formuleringer vil (for gitt vekt) gi en annen fordeling enn lineære formuleringer. Dersom kriteriene er positivt korrelert, vil en multiplikativ formulering være i favør av bydeler med høyere verdier på kriteriene og i disfavør av bydeler med lave verdier på kriteriene.

Det er ikke opplagt hvordan hopningseffekter bør formuleres i individanalysene utført i kapittel 7. Én mulighet er å konstruere hopningsvariabler på individnivå, for eksempel ved å multiplisere dummyvariabler for henholdsvis enslig forsørger og lav utdanning. Det gir en ny dummyvariabel som er lik 1 hvis barnet både har enslig forsørger og forsørgeren har lav utdanning. Indirekte er det en slik strategi vi har fulgt ved beskrivelsen av brukerne i tabell 7.3-7.5, 7.9-7.10, 7.14, 7.20-7.21 og 7.26. Utfordringen med denne strategien er det kan bli få individer som har alle kjennetegnene.

Vi har prøvd å gjenskape hopningsvariablene i dagens kriteriesett ved å inkludere multiplikative variabler dels på bydelsnivå og dels på individnivå. Dette er gjort for barnevern og økonomisk sosialhjelp, men ikke for pleie og omsorg hvor det i analysene er innslag av multiplikative variabler på individnivå. I dagens kostnadsnøkkel for FO2B er det en hopningsindeks bestående av enslige forsørgere og lavutdanning. Modellene i kolonne (2) i tabell 7.6 og kolonne (3) i tabell 7.7 er reformulert ved å la individvariabelen for lav utdanning inngå multiplikativt med andelen enslige forsørgere på bydelsnivå og individvariabelen for enslig forsørger inngå multiplikativt med andelen med lav utdanning på bydelsnivå. Det innebærer at effekten av enslig forsørger og lav utdanning tillates å variere mellom bydelene. Denne formuleringen av regresjonsmodellen på individnivå leder til en kostnadsnøkkel på bydelsnivå hvor enslig forsørger og utdanningsnivå inngår på samme måte som i dagens kriteriesett. Vekten på hopningsvariabelen bestemmes av summen av koeffisientene for de to variablene i regresjonsmodellen. Vi har estimert en tilsvarende modell for økonomisk sosialhjelp basert på variablene enslig, lavinntekt og lavutdanning. Resultatene viser at en slik hopningsformulering i svært liten grad endrer fordelingsvirkningene for barnevern, men at den har større betydning for økonomisk sosialhjelp. For økonomisk sosialhjelp blir samsvaret med dagens kriteriesett langt bedre enn for kostnadsnøkkel basert på analysene i kapittel 7. Analysene av hopningseffekter er begrenset til ett sett av kriterier både for barnevern og økonomisk sosialhjelp. Andre hopningsformuleringer kan gi andre resultater.

9 Oppsummering

Hovedformålet med denne rapporten har vært å evaluere Oslos kriteriesystem for budsjettfordeling mellom bydelene. Evalueringen har bestått i å vurdere relevansen av eksisterende kriterier og å vurdere nye kriterier som kan inngå i kriteriesystemet. Evalueringen omfatter funksjonsområdene FO1, FO2B, FO3 og FO4. En viktig forskjell i forhold til tidligere utredninger av kriteriesystemet er at analysene er utført på individnivå i stedet for på bydelsnivå. Datamaterialet omfatter alle innbyggere i Oslo og gir informasjon om deres forbruk av kommunale tjenester og kjennetegn som utløser behovet for tjenester. Et større og rikere datamateriale gir grunnlag for bedre analyser og bidrar til å styrke kriteriesystemets faglige legitimitet.

Hovedresultatet fra analysene er at kriteriene som inngår i dagens system stort sett er relevante i den forstand at de utløser behov for og bruk av tjenester. Med noen få unntak kommer kriteriene ut som statistisk signifikant i individanalysene. I tillegg har vi prøvd ut nye kriterier som fanger opp sykdom, arbeidsledighet, botid i Norge og frafall fra videregående opplæring. Sykdomsvariablene fanger opp større folkehelselidelser og rus. Disse er også relevante og kommer ut som statistisk signifikant i individanalysene. Det er empirisk grunnlag for å inkludere de nye kriteriene i kostnadsnøkler, noe som innebærer at dagens kriterier får lavere vekt.

Vi har utført noen tentative fordelingsberegninger basert på individanalyser med eksisterende og nye kriterier. Det er betydelig samsvar mellom dagens kostnadsnøkler og kostnadsnøkler basert på våre analyser med hensyn til hvilke bydeler som har beregnet utgiftsbehov under gjennomsnittet (for Oslo) og hvilke bydeler som har beregnet utgiftsbehov over gjennomsnittet. For enkelte bydeler er imidlertid forskjellene i beregnet utgiftsbehov nokså store. For FO4 ser det ut til at forskjellene blir mindre når analysene tar hensyn til tjenesteforbruk og hopningseffekter. Vi anbefaler at slike forhold blir tatt hensyn til i det videre arbeidet med revideringen av kriteriesystemet. Det foreslås videre at tjenester innen FO1 overføres til andre funksjonsområder slik at FO1 framstår som et mer homogent funksjonsområde enn i dag.

Referanser

Berntsen, K. N. (2013). "Fortsatt store forskjeller i levealder i Oslo." Samfunnsspeilet 4.

Borge, L-E., O. H. Nyhus og P. Tovmo. 2011. Bedre måling av tjenesteproduksjonen i kommunene. SØF-rapport nr. 6/11.

Byrådsavdelingen for finans (2012). Budsjettfordeling til bydelene basert på kriterier - En innføring i kriteriesystemet. Oslo, Oslo kommune.

Dønnum, H., A. Mangus, et al. (2012). Evaluering av barnevertjenesten i Oslo kommunes bydeler. Oslo, PricewaterhouseCoopers.

Falch, T., L-E. Borge, P. Lujala, O. H. Nyhus og B. Strøm. 2010. Årsaker til og konsekvenser av manglende fullføring av videregående opplæring. SØF-rapport nr. 3/10.

Moland, L. (2011). Praksis ved tildeling av sykehjemsplasser i Oslo. Fafo-rapport.

Mørland, H. 2012. "Rehabilitering i Oslo - en undersøkelse av rehabiliteringstilbudet i Oslos bydeler." Master, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Oslo kommune (2007). Rapport med forslag til endringer i kriteriesystemet for bydelene. Oslo, Oslo kommune.

Sundar, T. 2007. "Oslo - helsekontrastenes by." Utposten 4.

A Vedlegg til kapittel 3

A.1 Koding av sykdomsgrupper

Her følger en beskrivelse av hvordan sykdom er identifisert og klassifisert til bruk i de individbaserte regresjonsanalysene av kriteriesystemet.

Datagrunnlaget for denne klassifiseringen er innhentet gjennom uttrekk fra Reseptregisteret for årene 2010 til 2012 og inkluderer alle som er bosatt i Oslo kommune i løpet av denne perioden. Data fra Reseptregisteret inneholder informasjon om alle uttak av reseptbelagte medikamenter som er gjort i løpet av perioden. Hvert uttak registreres som en egen datalinje/observasjon og inneholder i tillegg til informasjon om type og mengde medikament også informasjon om personnummer, alder, bosted, diagnose, etc. På grunn av kjente svakheter i diagnoseinformasjonen har vi i oppkodingen av sykdomsgrupper primært valgt å støtte oss på medikamentenes indikasjon – altså hva de brukes mot. Denne informasjonen er knyttet til medikamentenes ATC-kode (Anatomisk Terapeutisk Kjemisk legemiddelregister) og er en internasjonal standard som utgis og vedlikeholdes av Verdens Helseorganisasjon og Folkehelseinstituttet i Norge. Disse ATC-kodene har en oppbygning som gjør at pasientgrupper på ulikt aggregeringsnivå kan identifiseres. Vi har basert oppkodingen på disse kriteriene:

- *Kreft* - dette er den eneste sykdomsgruppen som ikke er basert på ATC-koder. Disse pasientene er i stedet identifisert gjennom ordinasjonens hjemmel. For kreftsykdom er dette hjemmel nr. 12: "Livets slutfase/Kreft/Immunsvikt (Palliativ behandling)"
- *Diabetes* - ATC-koden A10 "drugs used in diabetes"
- *Muskel og skjelett* - ATC-kodene M01 "antiinflammatory and antirheumatic products", M02 "topical products for joint and muscular pain" M04 "antigout preparations"
- *Rus* - ATC-kodene N07BB, "drugs used in alcohol dependence", N07BC, "drugs used in opioid dependence"
- *Lungesykdom* - ATC-koden R03, "drugs for obstructive airway diseases". Her er det i tillegg lagt inn et kriterium om at vedkommende skal være 40 år eller eldre for å fange opp de med kronisk astma og KOLS, men samtidig utelukke de yngre astmapasientene.
- *Hjerte- og karsykdom* – ATC-koden CO1D "vasodilators used in cardiac diseases"
- *Tung psykiatri* – ATC-koden N05A "antipsychotics"
- *Lett psykiatri* – ATC-kodene N05B, "anxiolytics" ; N05C "hypnotics and sedatives"; N06A "antidepressants"; N06B; "psychostimulants, agents used for ADHD and nootropics"
- *Demens* – ATC-koden N06D, "anti-dementia drugs"

B Vedlegg til kapittel 5

Informasjon til bydelene om innledende casestudie

B.1 Epost med invitasjon om å delta i casestudie

Emne: Evaluering av kriteriesystemet for bydelene: Forespørsel om å delta i casestudie

Til Bydelsdirektør [navn] i Bydel [navn på bydel]

SINTEF Teknologi og samfunn og Senter for økonomisk forskning (SØF) skal på oppdrag for Oslo kommune evaluere kriteriesystemet for bydelene. I den forbindelse ønsker vi å gjennomføre intervjuer i utvalgte bydeler for å etablere en situasjonsforståelse av sammenhengen mellom ressursinnsats og tjenestenivå i bydelene og hvordan dagens kriteriemodell fanger opp ressursbehovet i bydelen. Vi vil med dette invitere Bydel [navn] til å bidra i en slik studie. Dette innebærer at vi gjennomfører et intervju med nøkkelperson(er) med god kjennskap til ressursbehovet og tjenesteomfanget i bydelen for de aktuelle funksjonsområdene – FO1, FO3 og FO4. Intervjuet vil sannsynligvis ta 1-2 timer.

Gjennom intervjuer ønsker vi å kartlegge årsaker til eventuelle avvik mellom budsjettildeling og ressursbruk – noe som ikke er mulig med en ren kvantitativ tilnærming. Tanken er at ved å kartlegge årsaker til slike avvik kan man fange opp eventuelle svakheter ved dagens kriteriemodell. I den sammenheng ønsker vi også innspill fra dere om alternative kriterier som kanskje bedre kan fange opp ressursbehovet i bydelene. Disse innspillene vil vi videre teste i den kvantitative analysen som skal gjennomføres i etterkant av casestudien.

For å få best mulig grunnlag for evalueringen av kriteriesystemet for bydelene er vi avhengig av informasjon fra bydeler som representerer mangfoldet i Oslo kommune. 6 bydeler er valgt ut i henhold til gitte kriterier (geografisk spredning og forskjeller i forholdet mellom budsjettildeling og forbruk).

Vårt ønske er å gjennomføre intervjuene i løpet av uke 5 og 6, men vi er åpen for å tilpasse oss dersom det ikke er gjennomførbart for dere. I første omgang tar vi sikte på å reise til Oslo i perioden 28.-30. januar, men dersom en av disse dagene ikke passer må dere gjerne komme med forslag til alternativt tidspunkt. Vi håper på positiv tilbakemelding på denne henvendelsen, og vil om kort tid ta kontakt per telefon dersom vi ikke hører noe fra dere.

Med hilsen

Marianne Haraldsvik

B.2 Intervjuguide til intervju med bydelene

Vi starter intervjuet med å presentere oss og prosjektet, og informere om hvilke kriterier som ligger til grunn for valg av bydelen case (over-, under-, eller "normalforbruk").

Det er viktig å presisere for respondentene at vi fokuserer på FO1, FO3 og FO4.

Presisere hva som er hensikten med å snakke med bydelene:

Få forklaring på spesielle forhold i noen bydeler

Fange opp trender

Diskutere prioriteringer vs. spesielle kostnadskomponenter

Få innspill til kriterier

Del 1: Generelt

Bakgrunnsinformasjon/generelle vurderinger

- Hvem snakker vi med?
 - Ansvarsområder/spisskompetanse for den enkelte respondent.
- Generelt om kriteriesystemet
 - Forståelse/aksept blant politikere?
 - Deltakelse i utvikling av systemet?
- Hva er deres generelle vurdering av kriteriemodellen som styringssystem?
 - Fungerer det godt/dårlig?
 - Hvordan fungerer rammefinansieringen? Opplever bydelene at de har reell frihet til å respondere på lokale forhold?
- Hvordan fanger kriteriemodellen opp ressursbehovet i bydelen?
 - Hvor fort fanger kriteriesystemet opp endringer i ressursbehovet? Revideres kriteriesystemet (blir kriteriesettene tatt opp til vurdering) ofte nok?
 - Få respondenten til å gi en generell beskrivelse av bydelen – har man spesielle utfordringer knyttet til enkelte grupper?

Beskrivelse av bydel

Vi henter inn informasjon om dette i forkant, men ønsker i tillegg at respondentene for den enkelte bydel skal gi en beskrivelse av bydelen.

- Hva er spesielle kjennetegn ved bydelen?
 - Demografi, spesielle grupper eller andre forhold
 - Innbyggertall
 - Mobilitet
 - Alderssammensetning
 - Innvandrere (vestlig/ikke-vestlig, andre inndelinger?)
 - Arbeidsinnvandring
 - Utdanningsnivå
 - Inntektsnivå
 - Boligmasse (leieboliger kontra eierboliger)
 - Sivilstatus (skilte, enslige etc.)
 - Arbeidsledighet
 - Rus
 - Uføretrygdete og andre stønadsmottakere
 - Forskjeller internt i bydelen?

- Hvordan har bydelen utviklet seg over tid?
 - Er det enkelte grupper som har hatt sterk vekst/tilbakegang de senere årene?
 - Hvor raskt endrer befolkningen seg?
 - Trender? Hva er spesielle (nye) trekk (ved bydelen/befolkningsgrupper/andre forhold) som ser ut til å bli annerledes fremover?

Del 2: Det enkelte funksjonsområde

Vi forbereder en presentasjon for det enkelte funksjonsområde hvor vi kort informerer om hva som inngår under det enkelte funksjonsområde, i tillegg til å presentere en tabell med dagens kriterier og tilhørende vekter. På denne måten ønsker vi å sikre at vi snakker om det samme.

For den enkelte bydel må vi innhente fakta i forkant, bl.a. hvordan de ligger an i forhold til tjenesteomfang på det enkelte FO.

Det er viktig å fange opp ulike dimensjoner ved kriteriesystemet: i) hvilke kriterier inngår, ii) hvordan inngår kriteriene (multiplikativt/opphopningseffekter) og iii) vektning. Vi har ikke planlagt spørsmål som fanger dette direkte, men viktig å ha fokus på det i samtalen.

De overordnede spørsmålene under det enkelte funksjonsområde er like.

FO1: Helse, sosial og nærmiljø

Funksjonsområdet omfatter utgifter til bydelsutvalg, bydelsadministrasjon, miljø- og naturverntiltak. Funksjonsområdet omfatter i tillegg de fleste forebyggende og behandlende tiltak innen helse-, rus- og sosialtjenesten som ikke uttrykkelig retter seg mot barn/ungdom, eldre og funksjonshemmede. Innenfor dette funksjonsområdet har bydelene også samfunnsmedisinske oppgaver, samt tilsynsansvar.

Beskrivelse av situasjon som fører til under-/overforbruk

Det er viktig å avdekke om det er midlertidige eller permanente forhold. Dersom det er mer permanente forhold som gir avvik er det mer relevant å vurdere i forhold til hvordan kriteriemodellen fanger det opp.

Her må vi være tydelig på om vi er ute etter avvik i forhold til bystyrefordelt budsjett eller BU-fordelt budsjett.

- Resultat av bevisst prioritering? Hvis ja, beskriv prioriteringen og bakgrunnen for at bydelen har tatt en slik prioritering.
- Er det særskilte forhold som fører til avvik?
 - Omstruktureringer
 - Midlertidige tilpasninger
 - Effektiviseringsprosess
- Hva kjennetegner tjenestemottakere som konsumerer mest tjenester?

Dagens kriteriesystem

Her er det særlig viktig å få respondentene til å begrunne sine synspunkter.

- Hvilke av dagens kriterier synes (lite) hensiktsmessig å inkludere?
- Er det kriterier som vektas for tungt (tillegges for lav vekt) av dagens kriterier?

Kriterier som bør vurderes

Her kan det være aktuelt å liste opp de forslagene vi nevner i prosjektskissen, men først etter at informantene har kommet med forslag.

- Skyldes avvik mellom ressursbruk og budsjettildeling at det er viktige forhold som dagens budsjettmodell ikke fanger opp?
- Vil nye kriterier kunne fange opp slike forhold på en bedre måte?

FO3: Pleie og omsorg

Funksjonsområdet omfatter aktivitetstilbud til eldre og funksjonshemmede som eldresenter og dagsenter for hjemmeboende, aktivitetssentre for utviklingshemmede m.m., transporttjenester, støttekontakt og velferdstilbud til eldre og funksjonshemmede. Videre omfatter funksjonsområdet hjemmetjenester, personlig assistanse, omsorgslønn, formidling av hjelpemidler, trygghetsalarmer og transporttjeneste for funksjonshemmede, samt utgifter til pleie og omsorg i institusjon.

Beskrivelse av situasjon som fører til under-/overforbruk

Det er viktig å avdekke om det er midlertidige eller permanente forhold. Dersom det er mer permanente forhold som gir avvik er det mer relevant å vurdere i forhold til hvordan kriteriemodellen fanger det opp.

Her må vi være tydelig på om vi er ute etter avvik i forhold til bystyrefordelt budsjett eller BU-fordelt budsjett.

- Resultat av bevisst prioritering? Hvis ja, beskriv prioriteringen og bakgrunnen for at bydelen har tatt en slik prioritering.
- Er det særskilte forhold som fører til avvik?
 - Omstruktureringer
 - Midlertidige tilpasninger
 - Effektiviseringsprosess
- Hva kjennetegner tjenestemottakere som konsumerer mest tjenester?

Dagens kriteriesystem

Her er det særlig viktig å få respondentene til å begrunne sine synspunkter.

- Hvilke av dagens kriterier synes (lite) hensiktsmessig å inkludere?
- Er det kriterier som vektas for tungt (tillegges for lav vekt) av dagens kriterier?

Kriterier som bør vurderes

Her kan det være aktuelt å liste opp de forslagene vi nevner i prosjektskissen, men først etter at informantene har kommet med forslag.

- Skyldes avvik mellom ressursbruk og budsjettildeling at det er viktige forhold som dagens budsjettmodell ikke fanger opp?
- Vil nye kriterier kunne fange opp slike forhold på en bedre måte?

FO4: Økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram

FO4 skal dekke bydelenes utgifter til økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram (inkludert kvalifiseringsstønad). Sosialtjenesten skal arbeide for å bedre levekårene for vanskeligstilte og bidra til økonomisk og sosial trygghet. Økonomisk sosialhjelp er en subsidier ytelse som gis når alle andre aktuelle inntektsmuligheter er prøvd, og ytelsen skal ses i sammenheng med andre tiltak. Stønad er ment å være midlertidig og skal bidra til at den enkelte kan tilpasse seg eller overvinne en vanskelig livssituasjon. Sosialtjenesten skal arbeide for å fremme overgang fra stønad til arbeid og aktiv deltagelse i samfunnet. Kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad er et aktivt tiltak for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller svært begrensede rettigheter i folketrygden.

Beskrivelse av situasjon som fører til under-/overforbruk

Det er viktig å avdekke om det er midlertidige eller permanente forhold. Dersom det er mer permanente forhold som gir avvik er det mer relevant å vurdere i forhold til hvordan kriteriemodellen fanger det opp.

Her må vi være tydelig på om vi er ute etter avvik i forhold til bystyrefordelt budsjett eller BU-fordelt budsjett.

- Resultat av bevisst prioritering? Hvis ja, beskriv prioriteringen og bakgrunnen for at bydelen har tatt en slik prioritering.
- Er det særskilte forhold som fører til avvik?
 - Omstruktureringer
 - Midlertidige tilpasninger
 - Effektiviseringsprosess
- Hva kjennetegner tjenestemottakere som konsumerer mest tjenester?

Dagens kriteriesystem

Her er det særlig viktig å få respondentene til å begrunne sine synspunkter.

- Hvilke av dagens kriterier synes (lite) hensiktsmessig å inkludere?
- Er det kriterier som vektas for tungt (tillegges for lav vekt) av dagens kriterier?

Kriterier som bør vurderes

Her kan det være aktuelt å liste opp de forslagene vi nevner i prosjektskissen, men først etter at informantene har kommet med forslag.

- Skyldes avvik mellom ressursbruk og budsjettildeling at det er viktige forhold som dagens budsjettmodell ikke fanger opp?
- Vil nye kriterier kunne fange opp slike forhold på en bedre måte?

Del 3: Oppsummering og helhetlig vurdering av kriteriesystemet

Dette punktet gjennomføres dersom vi ser at det er tid til det. Formålet her er å få respondenten til å vurdere funksjonsområdene opp mot hverandre.

I ny evaluering av kriteriesystemet for bydelene skal det inngå undersøkelser om hvorvidt bydelene innenfor dagens kriteriesystem og bevilgninger har økonomi til å gi innbyggerne den tjenesteyting de har rett og krav på, og med en akseptabel standard, og i hvilke sektorer man har sett de største innsparingene som følge av dagens kriteriesystem.

Opplever dere at standarden på tjenestetilbudet i bydelen er akseptabelt? Hvis nei – hva skyldes dette?

- Varierer standarden på tjenestetilbudet mellom de ulike funksjonsområdene?

Opplever dere at dere innenfor dagens økonomiske tildelinger har økonomi til å gi innbyggerne den tjenesteyting de har rett og krav på? Hvis nei – hva skyldes dette?

- Forhold ved kriteriesystemet
 - Behov fanges ikke godt nok opp
- Bydelsspesifikke forhold
 - Dårlig budsjettstyring
 - Ineffektivitet

Gjengivelse av bydelenes oppfatning av kriteriesystemet

B.3 Kriteriesystemet som budsjettfordelingsmodell

Generelt er det stor oppslutning om kriteriesystemet som budsjettfordelingsmodell i bydelene; kritiske innspill handler mer om størrelsen på rammen, bruk av øremerkede tilskudd som går utenom rammen, og fordelingen av midler mellom de ulike funksjonsområdene. Dette gjelder stort sett uavhengig av forbruk i forhold til tildeling. Flertallet av bydelene som ble intervjuet ga uttrykk for at de ikke så alternativer til kriteriesystemet. En vanlig oppfatning var at skjevheter i systemet jevner seg ut en del over tid, mellom funksjonsområder og mellom kriterier: Noe vinner man på, noe taper man på, og summen av det hele er et noenlunde rettferdig system. Representanter fra alle bydelene nevnte kriterier de mente ga for liten uttelling i forhold til faktiske behov; samtidig kunne de fleste også vise til kriterier der bydelen fikk relativt god uttelling.

Flere påpekte at det viktigste for god drift i bydelen var forutsigbarhet og størrelsen på selve rammebevilgningen. Omfordelinger mellom funksjonsområdene fra år til år gir uforutsigbarhet og gjør det vanskeligere å planlegge. Representanter fra flere, og svært ulike, bydeler uttalte seg kritisk til øremerkede tilskudd og tildelinger som kommer utenom kriteriemodellen. Flertallet blant bydelene foretrekker kriteriefordelte overføringer fremfor øremerkede midler. Flere bydeler ba også om at kriteriesystemet ikke revideres for ofte, fordi bydelene tilpasser driften etter budsjettet. Også her var det tydelig at bydelene er opptatt av rettferdighet; flere ga uttrykk for at revisjoner kan slå uheldig ut for enkelte bydeler, og informantene var opptatt av dette ikke skulle ramme for hardt eller for brått.

Et svakt punkt ved kriteriesystemet ser ut til å være evnen til å fange opp endringer i befolkning og tjenestebehov i de enkelte bydelene. Det ble gitt uttrykk for at kriteriesystemet ikke klarte å fange opp behovet for opptrapping av en tjeneste idet behovet er der, men i og med at behovet for nedtrapping heller ikke fanges opp med en gang, blir det en "forskyvning" i tildelinger i forhold til behov. I fasen med å bygge opp tjenesten tildeler kriteriesystemet mindre midler enn behov, mens i fasen med å bygge ned en tjeneste får man tildelt mer enn reelt behov. I det lange løp får man det man de midlene man skal ha, men man får det ikke nødvendigvis når behovet er størst. Samtidig hadde ikke bydelene konkrete forslag til alternative framgangsmåter eller kriterier. Ved bruk av prognoser eller befolkningsframskrivninger fryktet bydelene økt usikkerhet, mens aktivitetsbasert finansiering potensielt kan gi dårlige incentiver til effektiv tjenesteproduksjon.

B.4 Funksjonsområde 1: Helse, sosial og nærmiljø

FO1 omfatter utgifter til bydelsutvalg og bydelsadministrasjon, miljø- og naturverntiltak, de fleste forebyggende og behandlende tiltak innenfor helse-, rus- og sosialtjenesten. Unntaket er tjenester rettet spesielt mot barn og unge; disse faller inn under FO2. Tilsynsansvar og samfunnsmedisinske oppgaver tilhører også i FO1. Tabellen nedenfor gir en oversikt over kriterier og vekting i FO1. De to kriteriene som er vektet tyngst er samlet innbyggertall og et kriterium som kombinerer alder, lav inntekt og lav utdanning, fulgt av bydelens andel av budsjett på områdene FO1, FO2 og FO3, og andel ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt.

Tabell A 1 Dagens kriterier for FO1

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel av samlet innbyggertall	0,360
2	Andel med uføretrygd 18-66 år, rehabiliterings- og attføringspenger og hjelpestønad	0,045
3	Andel personer 20-66 år * Lavinntekts- * Lavutdanningsindeks	0,280
4	Andel personer 20-66 år * Lavinntekts- * Utflyttingsindeks	0,050
5	Andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt	0,100
6	Andel av budsjett Dok. 3	0,165
	Sum	1,000

Ifølge bydelene er sosialtjenesten den største tjenesten innenfor FO1. Tjenester innenfor rus, psykiatri, kommunale boliger, og tilbud til utviklingshemmede barn ble nevnt av de fleste informantene. Utover det varierer det hvordan bydelene beskriver behov og utfordringer. For eksempel blir graden av frivillig innsats trukket frem som et viktig element i kulturarbeid, mens sosioøkonomisk status og etnisitet blir nevnt som forbundet med lavere deltakelse i frivillig arbeid. Samtidig er kulturtilbud og fritidsaktiviteter sett på som et viktig element i integreringsarbeidet. En bydel mente at ovennevnte forhold påvirket størrelsen på bydelsadministrasjonen for egen del da man opplevde lav oppslutning rundt frivillig arbeid og et relativt stort behov for kulturtilbud.

Generelle kommentarer til kriteriene som inngår i FO1 kan deles i tre: arbeidsledighet og arbeidsinnvandring bør inn som et kriterium, helse og særlig barns helse, bør vektas tyngre, og behov utløst av rusavhengighet og psykiske lidelser fanges ikke godt nok opp.

Flere bydeler, og særlig de sentrumsnære, trakk fram behov for tjenester blant arbeidsinnvandrere. Informantene mente at arbeidsinnvandring og arbeidsledighet knyttet til arbeidsinnvandring ikke gir stort nok utslag på kriteriene. For innvandrere som ikke har opptjent rettigheter i folketrygden vil arbeidsledighet fort utløse behov for sosialhjelp. Arbeidsledighet blant ikke-vestlige husholdninger kan også være med og differensiere mellom godt integrerte innvandrere og innvandrere som har større behov for tjenester.

På tvers av kjennetegn ved bydelene mente informantene at helse bør vektas tyngre i FO1, i og med at funksjonsområdet har en klar helseprofil. Som nevnt mente flere at behov utløst av rus og psykiatri ikke fanges godt nok opp. Disse måles delvis av kriterium 3, "Andel personer 20-66 år * Lavinntekts- * Lavutdanningsindeks", som er vektet relativt høyt. I og med at det er den relative andelen i forhold til de øvrige bydelene som betyr noe, så vil dette kriteriet gi lite utslag i bydeler med en relativt større andel eldre, vestlige, velstående innbyggere med høyt utdanningsnivå, som for eksempel Vestre Aker. For eksempel vil en 25 år gammel etnisk norsk innbygger med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser med fullført videregående skole kunne ha et stort behov for tjenester innenfor FO1, uten å gi utslag på dagens kriterier. Informantene fra Alna trakk også fram at grupper med lavere sosioøkonomisk status kan ha et høyere innslag av livsstilsrelaterte sykdommer, som KOLS, diabetes og D-vitaminmangel. I begge tilfellene vil et mer direkte mål på helse være en fordel.

Øvrige kommentarer gjaldt delvis vekting av kriteriene i forhold til hverandre. Verd å nevne er kriterium 5, andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt, som inngår både under FO1 og FO4. Flere bydeler mente at dette var vektet for lavt på FO1, og en informant foreslo at vektingen burde vært lavere på FO4, og høyere på FO1, slik at man fikk flere midler til forebygging. Generelt kan det se ut til at "ikke-vestlig husholdning" oppleves som en for bred kategori, da botid, familiestørrelse, språkkunnskaper og utdanning er forhold som bydelene mener påvirker tjenestebehovet i innvandrerbefolkningen. Når innvandrerne akkurat har kommet til landet vil de typisk ha større behov for tjenester. En differensiering etter botid vil dermed kunne fange opp dette. Også språkkunnskaper er en indikator på hvor godt integrerte innvandrerne er, noe som igjen gjenspeiler graden av tjenestebehov. Stort aldersspenn i kriterium 2 ble også trukket frem som et problem i en bydel, da det ble oppfattet som et aldersfordelingskriterium mer enn et mål på uførhet. Lavutdanningsindeksen i kriterium 3 ble også stilt spørsmålsteget ved. For bydeler med mange innvandrere ble analfabetisme og dårlige norskkunnskaper trukket frem som typiske kjennetegn som utløste tjenestebehov.

B.5 Funksjonsområde 2b: Oppvekst og barnevern

Funksjonsområde 2b omfatter barnevernstjeneste, barnevernstiltak i og utenfor familien, forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste, og aktivitetstilbud rettet mot barn og unge. Postene som faller inn under barnevern utgjør de tyngste ytelsene her. Det har i de senere år vært til dels store avvik mellom de kriteriefordelte midlene og de faktiske utgiftene til barnevernet for flere bydeler.

Tabell A 2 Dagens kriterier for FO2b

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel fødte	0,081
2	Andel barn 1-5 år	0,037
3	Andel barn 6-12 år	0,083
4	Andel personer 13-17 år	0,132
5	Andel barn 0-17 år med enslige forsørger * Lavutdanningsindeks	0,234
6	Andel personer 0-22 år med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn	0,249
7	Andel kommunalt disponerte utleieboliger	0,143
8	Husholdninger med barn under 17 år med inntekt under 50 % av medianen (iht. Fafos levekårsundersøkelse)	0,041
	Sum	1,000

De fire første kriteriene som inngår i FO2b er rene alderskriterier, som skal fange opp andelen barn i bydelen. Den samlede vekten på alderskriteriene er 0,33. De fire siste kriteriene er i større grad knyttet til sosial ulikhet, som antas å ha betydning for spesielle behov og da særlig barnevernstiltak. Tre av disse er vektet høyt. Nesten halvparten av midlene innenfor FO2b fordeles etter to kriterier: andel barn i alderen 0-17 år med enslig forsørger * Lavutdanningsindeks, og andel personer i alderen 0-22 år med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. I tillegg til disse er andel personer 13-17 år og andel kommunalt disponerte leieboliger vektet relativt høyt. De andre fire kriteriene har en lavere vektning.

Inntrykket fra bydelene er at det drives nøkternt, men godt innenfor bydelene, med vektlegging av forebygging og tidlig innsats på den ene siden, og tjenester framfor ytelser i de familiene som har behov for hjelp. Mye av diskusjonen rundt FO2b handlet om barnevern, som er den klart største utgiftsposten innenfor funksjonsområdet. Overforbruk de siste årene skyldes dels en bevisst prioritering, der man har ønsket å styrke det forebyggende arbeidet blant barn og unge, dels andre forhold som har bidratt til å øke utgiftene. Slike forhold er blant annet kostnadskrevende enkeltsaker (enkeltfamilier), at fosterhjem har blitt dyrere, og at barnevernet får inn flere bekymringsmeldinger, slik at antallet saker øker. Det virker imidlertid ikke som at det har vært en økning i antall akuttiltak. Derimot har retten til ettervern for ungdom (18-23 år) blitt skjerpet, senest i 2009, noe som har ført til økte utgifter innenfor barnevern. Informantene mener at denne aldersgruppen ikke er fanget opp av dagens kriterier innenfor FO2b.

I likhet med de andre funksjonsområdene er det gjerne enkeltsaker eller familier som står for de store utgiftene. Barnefattigdom og store familier med mange barn ble trukket fram av flere. Fattigdom framstår som den viktigste enkeltfaktoren for behov for tjenester, spesielt innenfor barnevern. Det er svært få saker fra ressurssterke hjem. I tillegg nevnes familiestørrelse av flere. Familier med svært mange barn har større sannsynlighet for å ha behov for hjelp, og når de har behov, er behovet tilsvarende stort. Ved omplassering er det for eksempel mange barn som må omplasseres, noe som påvirker både kostnader og arbeidsmengde for bydelen. Flere bydeler, fra Frogner til Gamle Oslo og Søndre Nordstrand, trekker fram at endringer i barnebefolkningen i liten grad fanges opp. En yngre befolkning vil gi økt behov innenfor forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste og aktivitetstilbud til barn og unge, men som nevnt har alderskriteriene lavere vektning.

Diskusjonen om de enkelte kriteriene dreide seg i stor grad om kriteriene 1, 5, 7 og 8. Informanter fra Gamle Oslo mente at andel fødte er et viktig kriterium for å fange opp endringer i befolkningen så tidlig som mulig, slik at for eksempel helsestasjoner kan bygges opp til fastsatte standarder, og er slik sett et godt kriterium for mer generelle tjenester. Tjenestebehov som er mer ulikt fordelt blant innbyggerne vil imidlertid ikke fanges opp.

Andel barn 0-17 med enslig forsørger * Lavutdanningsindeks blir oppfattet som et viktig kriterium fordi det fanger opp fattigdom. Informanter fra flere bydeler problematiserte imidlertid at lavutdanningsindeksen er knyttet til personer i alderen 40-49 år. Fattigdom blant småbarnsforeldre vil i liten grad gi utslag her. Analfabetisme og manglende språkkunnskaper fanges heller ikke opp, selv om

dette kan være indikatorer på dårlig integrering og økt sannsynlighet for ekstra tjenestebehov. Vurderingen av kriteriet for andel personer 0-22 år med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn er blandet, også på tvers av bydeler med en relativt lik befolkningssammensetning. Mens en vestkantbydel mente at kriteriet var viktig og kanskje burde vektas mer, mente en annen at det er uklart hvordan det slår ut. Andre bydeler med større innvandrerbefolkning, som Grorud, påpekte at det er store forskjeller også innad i innvandrerbefolkningen, og at en indikator knyttet direkte til fattigdom vil være mer treffsikker, og mindre stigmatiserende for enkeltgrupper. Som Alna påpekte kan 3. generasjonsinnvandrere, dersom de er dårlig integrert, ha like stort eller større innslag av minoritetsproblematikk som en familie av 1. generasjonsinnvandrere, selv om de ikke lenger defineres som innvandrere.

Som nevnt innledningsvis framhever flere informanter betydningen av boligmarked, boligpriser, boligstandard og kommunale boliger. Dette gjaldt også innenfor FO2b. Gamle Oslo, en bydel med mange kommunale boliger, mente at de som bor i kommunale boliger er sterkt overrepresentert i barnevernssaker. Økonomi er et kriterium for å få tildelt kommunale boliger, samtidig som barnefamilier skal prioriteres, noe som kan gi en overhyppighet av familier med problemer. Søndre Nordstrand har på den annen side svært få kommunale boliger, men ser stor tilflytting på grunn av relativt lave boligpriser og store boenheter, noe som er attraktivt for store barnefamilier med dårlig økonomi. Flere bydeler mener at fattigdom og størrelse på barnefamilien er viktigere enn andel kommunale leieboliger.

Det er enighet om at det siste kriteriet, husholdninger med barn med inntekt under 50 prosent av median, er vektet for lavt. Dette kriteriet er det mest direkte målet på barnefattigdom. Som nevnt var det bred enighet blant bydelene om at fattigdom gir store utslag i tjenestebehovet, spesielt innenfor barnevern. Samtidig ble det også bemerket viktigheten av jevnlig å oppdatere statistikkgrunnlaget for kriteriene som inngår, noe det siste kriteriet ikke oppfyller i dag.

Flere forslag til nye kriterier ble diskutert. Størrelse på barnefamiliene, som andel barnefamilier med for eksempel fire eller flere barn, var et av forslagene. Ifølge flere bydeler, særlig på østkanten, er enslige forsørgere med mange barn og dårlige språkkunnskaper overrepresentert. Andel enslige forsørgere med lav inntekt og mange barn kan være et mulig kriterium. Lovendringen om økt ettervern for 18-23-åringer ble ikke fulgt av ekstra midler, og et kriterium om andel innbyggere i denne gruppa ble også foreslått. Tiltakene for denne aldersgruppa er kostnadskreven å drive, ifølge flere informanter.

Et forslag gikk også på å skille ut barnevern som et eget funksjonsområde, fordi det er så kostnadskreven i forhold til de andre tjenestene, eventuelt slå det sammen med sosialhjelp. Å ta ut barnevern vil gjøre det lettere å satse på forebygging og generelle tiltak, som flertallet av bydelene ønsker å prioritere.

B.6 Funksjonsområde 3: Pleie og omsorg

Pleie og omsorgssektoren, FO3, skal dekke innbyggernes behov for institusjonstjenester og hjemmetjenester. I tillegg til hjemmetjenester og kort- og langtidsopphold på institusjon omfatter FO3 også aktivitetstilbud til eldre og funksjonshemmede, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, og formidling av hjelpemidler og trygghetsalarmer.

Som nevnt tidligere blir pleie- og omsorgstjenesten ofte omtalt som eldreomsorg, til tross for at utviklingen har gått i retning av en økende andel yngre tjenestemottakere. Av FO3s tolv kriterier er fire vektet særlig tungt, med en samlet vekt på 0,69. Av disse er tre i stor grad alderskriterier (7, 8 og 9) mens kriterium 4 er direkte helserelatert.

Tabell A 3 Dagens kriterier for FO3

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel hjelpestønadsmottakere 0-17 år, forhøyet sats (2-4)	0,035
2	Andel personer 18-49 år	0,065
3	Andel personer 50-66 år * Dødelighetsindeks	0,070
4	Utviklingshemmede (16 år +) og ikke utv.hemmede brukere (fra komp.ordningen for ressurskrevende tjenester)	0,180
5	Andel ikke-gifte personer 67-79 år justert	0,010
6	Andel personer 67-79 år justert * Dødelighetsindeks	0,020
7	Andel personer 67-79 år justert * Lavutdanningsindeks	0,100
8	Andel personer 80-89 år justert	0,060
9	Andel ikke-gifte personer 80-89 år justert	0,220
10	Andel personer 90+ år justert	0,190
11	Andel uføretrygdete 18-66 år	0,040
12	Andel personer 70+ år i bolig med dårlig sanitærstandard	0,010
	Sum	1,000

Det var bred enighet om at helse bør vektes tyngre i FO3. Andelen brukere under 67 år med behov for pleie- og omsorgstjenester øker på landsbasis, inkludert andelen unge med funksjonshemninger. Dette er brukere som gjerne trenger tilpasset omsorgsbolig, og mange av dem har behov for mange og omfattende tjenester. Flere bydeler påpekte at eldre har et mer homogent behov for pleie og omsorg enn yngre. Alderskriteriene bør derfor i større grad ses i sammenheng med faktisk helse og tjenestebehov i de enkelte aldersgruppene. Samtidig mente flere, særlig på østkanten, at kriteriene i for liten grad tar høyde for sosiale ulikheter i helse. Forventet levealder varierer mellom bydelene, og behovet for pleie og omsorgstjenester for ulike aldersgrupper kan være tilsvarende forskjøvet. En del var derfor opptatt av at det er antall år med redusert helse som avgjør utgiftene, uavhengig av alderen behovet oppstår.

Vårt forslag om en ny sykkelighetsindeks basert på informasjon fra Reseptregisteret ble stort sett godt mottatt av bydelene. Unntaket var en informant fra en bydel på østkanten, som mente at grad av medisinerings varierer mellom bydelene, og at folk på østkanten går mindre til legen og derfor bruker relativt mindre medisin enn folk på vestkanten, noe som kan gi en potensiell skjevhet i datagrunnlaget.

Informanter fra nesten samtlige bydeler mente at andelen barn med fysiske og psykiske funksjonshemninger øker. Per i dag dekkes ikke kostnader til pleie og omsorgstjenester til barn og unge godt nok opp. Sykelighet blant barn får dessuten større utslag i familier med bare én forsørger, fordi de gjerne har større behov for tjenester som avlastning, omsorgslønn og støttekontakt. Ifølge informantene gjelder det samme for ikke-vestlige innvandrere, som kan ha mindre sosialt nettverk og større behov for tilleggstjenester.

Flere bydeler opplever også en økning av antall yngre demente og personer med kognitiv svikt og demens i kombinasjon med rusproblemer, som etterhvert vil ha behov for mer omfattende tjenester. Ifølge informantene blir ikke helseutfordringer knyttet til rus og psykiatri dekket godt nok opp med dagens kriterier. Behov for tjenester innenfor storbymedisin blir heller ikke fanget opp, ifølge de sentrumsnære bydelene. Dette peker igjen på behovet for å differensiere etter helsetilstand snarere enn etter alder.

I tillegg til ønske om et kriterium for helsetilstand eller sykkelighet kom informantene også med flere forslag til nye kriterier, blant annet andel barn med vedtak om spesialtiltak i skolen, eller andel barn født med misdannelser.

Ser vi på de enkelte kriteriene er det kun kriterium 1, "andel hjelpestønadsmottakere 0-17 år, forhøyet sats, som fanger opp andel barn og unge med spesielle behov. Som vi har sett ønsker flere bydeler at barn vektes høyere. Innspill til dette kriteriet var først og fremst om at det var vektet for lavt. I tillegg

fikk vi innspill om at hjelpestønad er en lite kjent ordning en del steder, og at det kan være skjevheter i hvem som søker om hjelpestønad. Informanten foreslo i stedet å bruke grunnstønad, som hun mente fastlegene gjerne anbefaler når de ser at det er behov for det. I tillegg vil familier med bare en forsørger og familier med mange barn ha større behov for ekstratjenester ved sykdom hos barn.

Det mest diskuterte kriteriet var kriterium 4, antall utviklingshemmede (16 år +) og ikke utviklingshemmede brukere (fra kompensasjonsordningen for ressurskrevende tjenester), som er vektet relativt høyt. Flere mente at dette er et viktig kriterium som bør vektet høyt, fordi unge funksjonshemmede har behov for mange og dyre tjenester. Samtidig ble det nevnt flere svakheter. For det første er det basert på tellinger i bydelene, og gir mindre forutsigbarhet enn alderskriteriene. Fordi det er basert på tjenesteomfang er det heller ikke et objektivt kriterium, og det gir incentiver til å øke tjenestetilbudet til brukere som ligger tett opptil innslagspunktet for å få kompensasjon. Det fanger heller ikke opp de mange barn og unge som har behov for flere tjenester, men som ikke når innslagspunktet. En siste svakhet som ble trukket fram er at kriteriet begrenser seg til utviklingshemmede over 16 år.

I tillegg kom den mer overordnede kommentaren om sosial ulikhet i helse, og at behov avgjøres av helse mer enn alder. Dette gikk også igjen i kommentarene til kriterium 6, andel personer 67-79 år justert* dødelighetsindeks, som en informant mente er vektet for lavt i forhold til at dødelighetsindeksen nettopp fanger inn noe av denne ulikheten. Kriterium 11, andel uføretrygdde 18-66 år, er sammen med kriterium 4 det eneste som kan knyttes til helse. Svakheten ved dette kriteriet, ifølge en informant, er at en del brukere er i arbeid (og altså ikke uføretrygdde), men de er avhengig av mange tjenester for å kunne være i arbeid. Kriteriet er heller ikke vektet spesielt høyt, og igjen fanges ikke barn og ungdom under 18 år opp.

Kriterium 7, andel personer 67-79 år justert *lavutdanningsindeks, fikk to kommentarer som illustrerer noe av forskjellene mellom bydelene og brukergruppene. I Vestre Aker stilte informantene spørsmål ved hva lav utdanning vil si, og mente at de fikk lite uttelling. I Søndre Nordstrand påpekte informantene at mange av de med lav utdanning ikke blir så gamle i bydelen. Det samme gjelder også kriteriene 8 og 10, som er rene alderskriterier. Særlig andel personer over 90 år er vektet tungt, og oppleves som urettferdig i bydeler der kun et fåtall blir så gamle, og der behovet for eldreomsorg i gjennomsnitt melder seg tidligere.

Det siste kriteriet, andel personer 70+ år i bolig med dårlig sanitærstandard, er også vektet lavt, men ble diskutert i flere bydeler. I nesten alle bydelene var man opptatt av boligstandard, blant annet fordi det påvirker hvor lenge pleietrengende eldre kan bo hjemme, og om utskrivningsklare pasienter må skrives ut til omsorgsboliger og sykehjem. I tillegg kan det være dyrere å drifte hjemmetjenester i bydeler med en eldre boligmasse med mindre praktiske løsninger. Det er imidlertid tvil om dette kriteriet faktisk fanger opp disse forholdene. Andelen boliger i Oslo med dårlig sanitærstandard er lav, og tallene er heller ikke oppdatert. Bare informantene fra Gamle Oslo mente at dette var et viktig kriterium, som ikke burde begrenses til de over 70, siden det utløser dyrere tjenester også for yngre brukere.

B.7 Funksjonsområde 4: Økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram

FO4 skal dekke bydelenes utgifter til økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram. Dagens tildelingskriterier er basert på sosioøkonomisk status, der lav inntekt, lav utdanning og enslige vektet tungt, sammen med andelen ikke-vestlige innvandrere med lav inntekt. Kriteriene er relativt like de som inngår i FO1, og det er delvis de samme kommentarene som kom opp i intervjuene. Arbeidsledighet, frafall fra videregående opplæring blant ungdom, familiestørrelse og boligmarked gikk igjen i flere intervju.

Tabell A 4 Dagens kriterier for FO4 (2012)

Kriterium	Beskrivelse	Vekt
1	Andel enslige forsørgere	0,03
2	Andel enslige forsørgere*Lavinntekts-*Utflyttingsindeks	0,12
3	Andel ikke gifte personer 20-49 år	0,04
4	Andel ikke gifte personer 20-49 år*Lavinntekts-*Lavutdanningsindeks	0,33
5	Andel ikke gifte personer 20-49 år*Lavutdannings-*Utflyttingsindeks	0,1
6	Andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt iht. Fafos levetårundersøkelse	0,34
7	Andel kommunalt disponerte utleieboliger	0,04
	Sum	1.00

Ifølge bydelene har de typiske brukerne innenfor FO4 sammensatte problemer, gjerne med rusavhengighet og psykiske lidelser. De mer velstående bydelene, med høyt utdannings- og inntektsnivå og få ikke-vestlige husholdninger får lite uttelling med dagens kriterier, samtidig som de kan ha etterspørsel etter sosialhjelp på grunn av innbyggere med problemer innenfor rus og psykiatri. Dette er noe av det for eksempel Vestre Aker oppga som begrunnelse for at de har problemer med å få FO4 til å gå i balanse. Flere bydeler mente at de har økende cannabismisbruk og mye skjult alkohol- og pillemisbruk.

I flere bydeler har man hatt underforbruk av kvalifiseringsprogrammet. Begrunnelsen i bydelene var at det har vært vanskelig å fylle opp plassene, på grunn av få kvalifiserte deltakere. Dette gjaldt blant annet Alna og Søndre Nordstrand. Alna beskrev for eksempel at de var nødt til å drive egne prekvalifiserende program med norskopplæring og lese- og skriveopplæring for å fylle opp plassene. Informantene fra Grorud forklarte at en del personer står registrert som KVP-deltakere uten å motta stønad, fordi de er i permisjon, har fått midlertidig arbeid, eller annet, og at dette kan gi lavere forbruk.

Økende arbeidsledighet slår ut flere steder, og særlig i bydeler med mange arbeidsinnvandrere. En del oppga også at det er økende etterspørsel etter sosialhjelp blant ungdom. Vårt forslag om å innføre et kriterium basert på andelen som ikke fullfører med studie- eller yrkeskompetanse i løpet av fem år ble positivt mottatt. Som for de andre funksjonsområdene ble familiestørrelse og andel enslige forsørgere nevnt som mulige indikatorer på behov. Dette er særlig relevant for de to første kriteriene, andel enslige forsørgere og andel enslige forsørgere*lavinntekt*utflyttingsindeks.

Innenfor de enkelte kriteriene var det klareste innspillet at aldersgruppene bør oppdateres, slik at de faller sammen med når rettighetene starter og opphører, det vil si 18-67 år, som i FO1. Dette gjelder kriteriene 3, 4 og 5.

Som nevnt i diskusjonen av FO1 er kriterium 6, andel av ikke-vestlige husholdninger med lav inntekt, vektet lavt i FO1 og høyt i FO4. Informantene i en bydel problematiserte dette, og ønsket seg motsatt vektning, slik at forebyggende innsats i FO1 får en større andel. En større differensiering innenfor gruppa av ikke-vestlige innvandrere kan også være aktuelt. Flere bydeler mente at innvandrerbefolkningen etterhvert utgjør en heterogen gruppe med ulik grad av behov, uten at dette gjenspeiles i kriterium 6.

Kriterium 7, andel kommunalt disponerte utleieboliger, er lavt vektet, men har stor betydning, ifølge en informant. I alle intervjuene problematiserte informantene boligmarked og boligmasse i bydelen, fordi det påvirker hvem som flytter ut og hvem som flytter inn. Et gjennomgangstema var at ressurssterke flytter ut, mens mindre ressurssterke flytter inn eller blir boende. Både andel leieboliger og kommunale leieboliger, boligstørrelse og boligpriser spiller inn, men det kom ikke fram forslag til objektive kriterier som kan måle dette på en bedre måte.

C Vedlegg til kapittel 7

C.1 Definisjon av variabler

Variabel	Definisjon
18-49 år	Person med alder 18 til 49 år
20-49 år	Person med alder 20 til 49 år
50-66 år	Person med alder 50 til 66 år
67-79 år	Person med alder 67 til 79 år
80-89 år	Person med alder 80 til 89 år
AAP (forelder)	Barn med en forelder som mottar arbeidsavklaringspenger
Arbeidsavklaringspenger	Mottaker av arbeidsavklaringspenger
Attføringspenger	Mottaker av attføringspenger
Barn 1-5 år	Barn med alder 1 til 5 år
Barn 6-12 år	Barn med alder 6 til 12 år
Barn 13-17 år	Barn med alder 13 til 17 år
Barn 18-22 år	Barn med alder 18 til 22 år
Demens	Person identifisert med demens
Dødelighet	Person som har dødd i løpet av perioden 2010 til 2012
Enpersonshusholdning	Husholdning med bare en person. En husholdning regnes som de personer som er bosatt i samme privatbolig.
Enslig	Ugift, enke/(mann), separert, skilt, separert partner, skilt partner, gjenlevende partner (dvs. de som ikke er gift, samboer eller registrert partner)
Enslig 67-79 år	Enslig med alder 67-79 år
Enslig 80-89	Enslig med alder 80-89 år
Enslig forsørger	Mottaker av enslig forsørgerstønad, enten stønad for barnetilsyn, overgang og/eller utdanning
Enslig forsørger (forelder)	Minst en forelder er mottaker av enslig forsørgerstønad, enten stønad for barnetilsyn, overgang og/eller utdanning

Enslig forsørger for minst tre barn	Enslig forsørger registrert med minimum tre barn i familien (etter registrert familienummer)
Flyttet	En person som har flyttet inneværende år. Enten inn til kommunen, mellom bydeler i kommunen, eller mellom grunnkretser innen bydelen.
Helt arbeidsledig	Registrert i Nav som "helt arbeidsledig" i minimum én dag
Hjelpestønad	Mottaker av hjelpestønad
Hjelpestønad, forhøyet sats	Mottaker av hjelpestønad forhøyet sats (2-4), 0-17 år
Hjelpestønadmottaker og ufør	Mottaker av hjelpestønad og samtidig uføretrygdet, 18-66 år
Ikke fullført VGO 22-35 år	Person med alder 22 til 35 år uten fullført videregående opplæring
Ikke Vestlig	Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS (Albania, Bosnia-Hercegovina, Hviterussland, Kosovo, Kroatia, Makedonia, Moldova, Montenegro, Russland, Serbia og Ukraina)
Enpersonhusholdning 67-79 år	Enpersonhusholdning med alder 67 til 79 år
Enpersonhusholdning 80-89 år	Enpersonhusholdning med alder 80 til 89 år
Ikke-vestlig innvandrer 1. gen	Førstegenerasjons, ikke-vestlig innvandrer
Ikke-vestlig innvandrer 2. gen	Andre generasjoner, ikke-vestlig innvandrer
Ikke-vestlig 2.gen.innv 0-12 år	Andre generasjoner, ikke-vestlig innvandrer med alder 0 til 12 år
Inntekt 50 % under median	Person med ekvivalent husholdningsinntekt 50 % under medianen eller lavere. Inntekt er her samlet inntekt før skatt (yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer) justert for husholdningsstørrelse (justert OECD skala). Første voksne person telles som 1, neste personer 14 år og over telles som 0,5 og barn under 14 år telles som 0,3. Median ekvivalent husholdningsinntekt er med våre data beregnet til å være kr 369 000, 383 333,3 og 398 000 i henholdsvis 2010, 2011 og 2012.
Inntekt under 40 % av median	Person med ekvivalent husholdningsinntekt under 40 % av median inntekt. Inntekt er her samlet inntekt før skatt (yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer) justert for husholdningsstørrelse (justert OECD skala). Første voksne person telles som 1, neste personer 14 år og over telles som 0,5 og barn under 14 år telles som 0,3. Median ekvivalent husholdningsinntekt er med våre data beregnet til å være kr 369 000, 383 333,3 og 398 000 i henholdsvis 2010, 2011 og 2012.

Inntekt under medianen	Person med ekvivalent husholdningsinntekt under median ekvivalent husholdningsinntekt. Inntekt er her samlet inntekt før skatt (yrkesinntekter, kapitalinntekter, skattepliktige og skattefrie overføringer) justert for husholdningsstørrelse (justert OECD skala). Første voksne person telles som 1, neste personer 14 år og over telles som 0,5 og barn under 14 år telles som 0,3. Median ekvivalent husholdningsinntekt er med våre data beregnet til å være kr 369 000, 383 333,3 og 398 000 i henholdsvis 2010, 2011 og 2012.
Kreft	Person identifisert med kreftsykdom
Lavutdannet	Ungdomsskole som høyeste registrerte utdanningsnivå
Lavutdanning (forelder)	Barn med forelder med lav utdanning
Lett psykiatri	Person identifisert med lettere psykiatriske plager/sykdom
Lett psykiatri (forelder)	Barn med foreldre identifisert med lettere psykiatriske plager/sykdom
Lett psykiatri 13-17 år	Barn med alder 13 til 17 år med lettere psykiatriske plager/sykdom
Over 90 år	Person med alder 90 år eller eldre
Rus	Person identifisert med et rusproblem
Rus (forelder)	Barn av en forelder med et rusproblem
Tung psykiatri	Person identifisert med tung psykiatrisk sykdom (psykose)
Tung psykiatri (forelder)	Barn av en forelder med identifisert med tyngre psykiatrisk sykdom
Tung psykiatri 13-17 år	Barn med alder 13 til 17 år med tung psykiatrisk sykdom
Ufør og enslig	Mottaker av uføretrygd som også er enslig
Uføretrygd	Mottaker av uføretrygd
Uføretrygdet 18-66 år	Mottaker av uføretrygd med alder 18 til 66 år
Ukjent utdanning	Uoppgitt utdanning i utdanningsregisteret
Ukjent utdanning (forelder)	Barn med forelder med uoppgitt utdanning i registrene
Ungdom 13-18 år	Person med alder 13 til 18 år
Ungdom 19-20 uten fullført VGO	Person med alder 19 til 20 år uten fullført videregående opplæring

C.2 Vedlegg til 7.2 FO2b Oppvekst

Tabell C.1 Analyser av eksisterende kriterier for barnevern hvor utvalget er begrenset til innbyggere mellom 18 og 22 år (ettervern). Årene 2010 og 2011.

(1)

(2)

(3)

	Tiltak	Hjelpetiltak	Omsorgstiltak
Enslig forsørger	0,014	0,014	0,000
Lavutdanning	0,040**	0,039**	0,003**
Ikke-vestlig 1.gen.innv	0,016**	0,016**	-0,001**
Ikke-vestlig 2.gen.innv	-0,006**	-0,006**	-0,001**
Inntekt 50 % under median	0,020**	0,019**	0,002**
N	64 657	64 657	64 657
R ²	0,025	0,025	0,003

Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Ustandardiserte B-koeffisienter. Konstantledd og årsummy er inkludert i modellene, men ikke vist. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå.

Tabell C.2 Korrelasjonsmatrise for kriterier som inngår i regresjonsanalysene av FO2B

	Barn 1-5 år	Barn 6-12 år	Ungdom 13-18 år	Ungdom 19-20 uten fullført VGO	Enslig forsørger	Lavutdanning (forelder)	Ukjent utdanning (forelder)	Hjelpestønad	AAP (forelder)	Uførhet (forelder)	Ikke-vestlig 1.gen.innv.	Ikke-vestlig 2.gen.innv.	Ikke-vestlig 2.gen.innv. 0-12 år	Inntekt under median	Inntekt under 40% av median	Rus (forelder)	Tung psykiatri (forelder)	Lett psykiatri (forelder)	Lett psykiatri 13-17 år	Tung psykiatri 13-17 år
Barn 1-5 år	1.0000																			
Barn 6-12 år	-0.3816*	1.0000																		
Ungdom 13-18 år	-0.3191*	-0.3182*	1.0000																	
Ungdom 19-20 uten fullført VGO	-0.1045*	-0.1041*	-0.0871*	1.0000																
Enslig forsørger	0.0939*	0.0551*	-0.0570*	-0.0228*	1.0000															
Lavutdanning (forelder)	-0.0362*	0.0138*	0.0387*	0.1243*	0.1429*	1.0000														
Ukjent utdanning (forelder)	-0.0117*	-0.0095*	-0.0228*	-0.0055	0.0651*	-0.0830*	1.0000													
Hjelpestønad	-0.0427*	0.0321*	0.0527*	0.0150*	0.0222*	0.0338*	-0.0086*	1.0000												
AAP (forelder)	-0.0558*	0.0301*	0.0598*	0.0475*	0.0042	0.1192*	-0.0100*	0.0489*	1.0000											
Uførhet (forelder)	-0.1874*	-0.1390*	-0.0487*	0.0087*	-0.0684*	-0.0145*	-0.0358*	0.0140*	-0.0104*	1.0000										
Ikke-vestlig 1.gen.innv.	-0.1208*	-0.0260*	0.0901*	0.0919*	0.0208*	0.1795*	0.1199*	-0.0102*	0.0545*	-0.0367*	1.0000									
Ikke-vestlig 2.gen.innv.	0.0141*	0.0658*	-0.0023	-0.0030	0.0759*	0.2966*	0.0566*	0.0249*	0.1356*	0.0923*	-0.1319*	1.0000								
Ikke-vestlig 2.gen.innv. 0-12 år	0.1347*	0.1944*	-0.2121*	-0.0694*	0.1078*	0.2148*	0.0576*	0.0142*	0.0743*	0.0489*	-0.1046*	0.7930*	1.0000							
Inntekt under median	-0.0549*	-0.0648*	-0.0731*	0.0588*	0.1455*	0.2005*	0.2549*	-0.0189*	-0.0102*	-0.0900*	0.1317*	0.0510*	0.0387*	1.0000						
Inntekt under 40% av median	-0.0665*	-0.0392*	-0.0141*	0.0469*	-0.0282*	0.1664*	0.2285*	-0.0206*	-0.0173*	-0.0644*	0.1715*	0.0948*	0.0624*	0.3494*	1.0000					
Rus (forelder)	-0.0024	0.0038	0.0042	-0.0006	0.0064	0.0101*	-0.0035	0.0010	0.0369*	-0.0001	-0.0024	-0.0083*	-0.0068*	0.0000	-0.0088*	1.0000				
Tung psykiatri (forelder)	-0.0290*	0.0087*	0.0373*	0.0219*	-0.0051	0.0753*	0.0002	0.0237*	0.1575*	0.0729*	0.0218*	0.0835*	0.0376*	-0.0015	-0.0021	0.0671*	1.0000			
Lett psykiatri (forelder)	-0.1482*	-0.0906*	-0.0299*	-0.0045	-0.0349*	-0.0626*	-0.0502*	0.0029	0.0445*	0.4768*	-0.0564*	-0.0256*	-0.0039	-0.1044*	-0.0891*	0.0164*	-0.0409*	1.0000		
Lett psykiatri 13-17 år	-0.0426*	-0.0425*	0.1334*	-0.0116*	0.0005	0.0045	-0.0062	0.1422*	0.0135*	-0.0005	-0.0085*	-0.0188*	-0.0283*	-0.0096*	-0.0082*	0.0038	0.0060	0.0212*	1.0000	
Tung psykiatri 13-17 år	-0.0157*	-0.0157*	0.0493*	-0.0043	-0.0006	-0.0022	-0.0024	0.0736*	0.0024	-0.0022	-0.0012	-0.0027	-0.0104*	-0.0026	-0.0017	-0.0011	0.0074*	0.0001	-0.0017	1.0000

* Indikerer utsagnskraftig koeffisient på 1 prosent nivå.

Tabell C.3 Regresjonsanalyser av henholdsvis hjelpe- og omsorgstiltak uten sykdomsvariabler. Årene 2010 og 2011.

	(1) Hjelpetiltak i løpet av året	(2) Omsorgstiltak i løpet av året
Barn 1-5 år	0,0177**	0,00310**
Barn 6-12 år	0,0313**	0,00455**
Ungdom 13-18 år	0,0365**	0,00464**
Ungdom 19-20 uten fullført VGO	0,0254**	-0,000684**
Enslig forsørger (forelder)	0,0709**	-0,000686
Lavutdanning (forelder)	0,0384**	0,00362**
Ukjent utdanning (forelder)	0,0438**	0,0205**
Hjelpestønad (barnet)	0,0482**	0,00239*
AAP (forelder)	0,0344**	0,00162**
Ikke-vestlig 1.gen.innv	0,0220**	-0,00484**
Ikke-vestlig 2.gen.innv 0-12 år	-0,000232	-0,00350**
Inntekt under median	0,0242**	
Inntekt under 40 % av median		0,0116**
N	310 036	310 036
R ²	0,050	0,017

Robuste standardfeil justert for klustering på individnivå er ikke rapportert. Ustandardiserte B-koeffisienter. Konstantledd og årsummy er inkludert i modellene, men ikke vist. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå.

C.3 Vedlegg til 7.3 FO4 Pleie og omsorg

Tabell C.4 Detaljert oversikt over tjenester som inngår i inndelingene av hhv. hjemmetjenester, institusjonstjenester og støttefunksjoner

Variabel	Beskrivelse av tjenester	KOSTRA-funksjon	Andel av hele befolkningen som mottar tjenesten (2012)
Hjemmetjenester	• praktisk bistand • hjemmesykepleie • omsorgslønn • omsorgsbolig	F254: Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende	3,9 %
Institusjonstjenester	• avlastning • dagopphold • tidsbegrenset opphold • langtidsopphold	F253: Helse og omsorgstjenester i institusjon	1,8 %
Støttefunksjoner	• dagsenter/dagtilbud • matombringing • trygghetsalarm • støttekontakt	F234: Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse	2,7 %

Tabell C.5 Separate analyser av deltjenestene innenfor FO3 med dagens kriteriesett som forklaringsvariabel

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Institusjonstjenester			Hjemmetjenester			Støttefunksjoner		
Hjelpestønadsmottakere 0-17 år, forhøyet sats 2-4	0,0639**	0,0656**		0,435**	0,435**		0,200**	0,201**	
18-49 år	0,00146**	0,000324**		0,0140**	0,00995**		0,00760**	0,00255**	
50-66 år	0,00164**	0,000917**		0,0122**	0,00393**		0,00622**	-0,00349**	
67-79 år	0,0290**			0,109**			0,0710**		
80-89 år	0,156**		0,109**	0,349**		0,225**	0,360**		0,268**
Over 90 år	0,381**		0,306**	0,447**		0,303**	0,500**		0,383**
Uføretrygdet 18-66 år	0,0170**	0,0250**		0,179**	0,182**		0,0810**	0,0851**	
Enslig	0,00724**	0,00146**	0,0430**	0,0299**	0,0144**	0,121**	0,0245**	0,00574**	0,136**
Lavutdannet	0,00409**	0,000594**	0,0216**	0,0201**	0,0131**	0,0534**	0,0131**	0,00680**	0,0405**
Dødelighet	0,272**	0,0822**	0,342**	0,173**	0,187**	0,162**	0,0738**	0,0588**	0,0714**
N	1 798 917	1 601 270	197 647	1 798 917	1 601 270	197 647	1 798 917	1 601 270	197 647
R ²	0,321	0,044	0,288	0,257	0,150	0,182	0,286	0,081	0,224
År	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012
Alder	Alle	Under 67	Over 67	Alle	Under 67	Over 67	Alle	Under 67	Over 67

Ustandardiserte B-koeffisienter. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå.

Tabell C.6 Uførhet og hjelpestønad og kombinasjoner av enslig og lavutdannet, etter aldersintervaller

	18-49		50-66		18-66	
	Mottaker	Ikke mottaker	Mottaker	Ikke mottaker	Mottaker	Ikke mottaker
<u>Uførhet og kombinasjoner av enslig og lavutdannet</u>						
Ufør og enslig	47 %	0,8 %	61 %	8 %	54 %	3 %
Ufør og enpers.hush.	34 %	0,5 %	56 %	6 %	45 %	2 %
Ufør og lavutd. (grunnskole)	30 %	0,6 %	29 %	5 %	29 %	2 %
Ufør og lavutd. (ikke fullført vgs)	32 %	0,6 %	47 %	9 %	39 %	3 %
Ufør, lavutd. (grunnskole) & Enpers.hush.	20 %	0,3 %	22 %	2 %	21 %	0,7 %
Ufør og lavutd. og/eller enpers.hush.	44 %	0,9 %	63 %	9 %	21 %	3 %
<u>Hjelpestønad og kombinasjoner av enslig og lavutdannet</u>						
Hj.stønad og enslig	19 %	0,2 %	8 %	0,3 %	14 %	0,2 %
Hj.stønad og enpers.hush.	9 %	0,07 %	7 %	0,2 %	8 %	0,1 %
Hj.stønad og lavutd. (grunnskole)	14 %	0,1 %	5 %	0,1 %	9 %	0,1 %
Hj.stønad og lavutd. (ikke fullført vgs)	14 %	0,1 %	7 %	0,3 %	11 %	0,2 %
Hj.stønad, lavutd. (grunnskole) & Enpers.hush.	6 %	0,03 %	3 %	0,06 %	4,5 %	0,04 %
Hj.stønad og lavutd. og/eller enpers.hush.	17 %	0,2 %	9 %	0,3 %	13 %	0,2 %
Hj.stønad & ufør	16 %	0,08 %	12 %	0,5 %	14 %	0,2 %

Tabell C.7 Regresjoner hvor den enkelte variabel inngår alene. Betydningen for samlet etterspørsel etter FO3 i befolkningen under 67 år.

	(1) FO3	(2) FO3	(3) FO3	(4) FO3	(5) FO3	(6) FO3	(8) FO3	(10) FO3
18-49 år	0,00303**							
50-66 år	0,0278**							
Hjelpestønadsmottakere, forhøyet sats		0,499**						
Uføretrygdet 18-66 år			0,210**					
Dødelighet				0,416**				
Enslig					0,0120**			
Lavutdannet						0,0319**		
Ufør og enslig							0,289**	
Hjelpestønadsmottaker og ufør								0,609**
N	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270
R ²	0,006	0,044	0,107	0,015	0,002	0,008	0,130	0,073

Ustandardiserte B-koeffisienter. Konstantledd og årsdummys er inkludert i modellene, men ikke vist. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå.

Tabell C.8 Betydningen av sykdomsforekomst for samlet etterspørsel etter FO3 i befolkningen under 67 år

	(1) FO3	(2) FO3	(3) FO3	(4) FO3	(5) FO3	(6) FO3	(7) FO3	(8) FO3
18-49 år	0,00452**	0,00447**	0,00433**	0,00359**	0,00135**	0,00453**	0,00413**	0,00427**
50-66 år	0,00324**	0,00210**	0,00186**	0,00295**	-0,000206	0,00305**	0,00427**	0,00316**
Hjelpestønad forhøyet sats	0,510**	0,510**	0,510**	0,510**	0,510**	0,510**	0,510**	0,510**
ufor_enslig	0,237**	0,235**	0,236**	0,236**	0,209**	0,237**	0,237**	0,235**
hjstonad_ufor	0,426**	0,421**	0,426**	0,426**	0,428**	0,426**	0,426**	0,428**
dødelighet	0,213**	0,174**	0,211**	0,212**	0,205**	0,213**	0,213**	0,211**
Enslig	0,00145**	0,00166**	0,00188**	0,00135**	0,00138**	0,00150**	0,00151**	0,00129**
Lavutdanning	0,0150**	0,0150**	0,0144**	0,0147**	0,0121**	0,0149**	0,0149**	0,0145**
cancer18_49		0,138**						
cancer50_66		0,220**						
diabetes18_49			0,0297**					
diabetes50_66			0,0275**					
lett_psyk18_49				0,0153**				
lett_psyk50_66				0,00216				
tung_psyk18_49					0,178**			
tung_psyk50_66					0,176**			
hjerne_kar18_49						0,0258**		
hjerne_kar50_66						0,0174**		
musk_skjel18_49							0,00265**	
musk_skjel50_66							-	
							0,00385**	
rus18_49								0,0709**
rus50_66								0,0414**
N	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270	1 601 270
R ²	0,224	0,230	0,225	0,225	0,257	0,224	0,224	0,225

Ustandardiserte B-koeffisienter. Konstantledd og årsummyer er inkludert i modellene, men ikke vist. * og ** indikerer statistisk signifikans på 5- og 1-prosentnivå.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no